



## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

#### **Continuidade de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica Vítima de AVC - Intervenção Especializada de Enfermagem**

**Ana Sofia Fernandes Marques**

**Lisboa**

**2018**







**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização de Pessoa em**

**Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**Continuidade de Cuidados à Pessoa em Situação**

**Crítica Vítima de AVC - Intervenção Especializada**

**de Enfermagem**

**Ana Sofia Fernandes Marques**

Orientador: Prof. Maria Cândida Durão

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **PENSAMENTO**

“Somos aquilo que fazemos consistentemente. Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito.”

(Aristóteles)



## **AGRADECIMENTOS**

Aos enfermeiros orientadores, Enf<sup>a</sup> Patrícia, Enf<sup>o</sup> Nelson e Enf<sup>a</sup> Elisabete pela  
partilha de conhecimento e pela referência enquanto profissionais de  
excelência;

À Sr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Cândida Durão pela sua disponibilidade, incentivo e  
por se constituir como um alicerce neste percurso enquanto mestrande;

Às Susana's por todo o incentivo e construção de uma nova  
amizade;

Aos meus amigos pelo suporte, compreensão, carinho e tolerância;

À minha família por me ajudarem a superar mais uma etapa;

Ao Kiko por me inspirar todos os dias;

Às pessoas mais importantes da minha vida, pais e irmã pelo  
apoio incondicional e por mais uma vez se encontrarem ao meu lado.





## RESUMO

O número de pessoas vítimas de doenças cardiovasculares continua a ser a principal causa de mortalidade na população portuguesa, apesar de uma tendência constante de decréscimo nos últimos anos. Neste sentido, é crucial estudar como podemos melhorar os cuidados prestados às pessoas vítimas de acidente vascular cerebral, sendo que a minimização das possíveis complicações concorre para a melhoria do *outcome* neurológico e, assim, promove a capacitação da pessoa para a sua recuperação/reabilitação. A qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de acidente vascular cerebral na fase aguda é fundamental para uma melhoria do *outcome* neurológico, pelo que é necessária uma intervenção especializada de enfermagem na continuidade dos cuidados, sendo que a mesma explana a importância da atuação do enfermeiro desde o momento da prevenção, deteção precoce dos sinais de alerta, bem como na minimização dos riscos e complicações associadas à patologia. Esta temática estabeleceu um guia orientador para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, sendo que o mesmo é baseado no modelo de Dreyfus, o qual nos reporta para a importância da prática sustentada na evidência, numa perspetiva dinâmica e evolutiva de forma a alcançar a excelência dos cuidados prestados (Benner, 2001). Neste sentido, para o desenvolvimento destas competências, realizei estágio em contexto de serviço de urgência, de unidade de cuidados intensivos e de unidade cerebrovascular, nos quais desenvolvi atividades que me permitiram alcançar os objetivos previamente definidos, de acordo com o curso de mestrado na área da especialização da pessoa em situação crítica (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

**Palavras-chave:** Pessoa em Situação Crítica; Intervenções de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; *Outcome* Neurológico.



## **ABSTRACT**

Cardiovascular diseases continuous to be the main cause of death among the portuguese population despite the lowering trends over the last years. In this sense, it is crucial to focus on how we can improve the care delivered to the stroke patient. Tackle the possible consequences will improve neurologic outcome and therefore capacitate the patient in their recovery/rehabilitation. The quality of the care delivered to the stroke patient in its acute stage is fundamental to improve neurological outcome. For that, it's necessary a specialized nursing care, where the nurse plays an important role in prevention, detecting critical signs as well as, minimizing the risks and complications in the stroke patient. This focus has served as a guide to develop competencies based on the Dreyfus' model, in which evidence-based practice is key, in a dynamic and evolutionary perspective, to achieve excellency in care (Benner, 2001). In this sense and in order to achieve these competencies, I had the chance to deliver nursing care to patients in the emergency department, intensive care unit and stroke unit, where I planned and developed activities according to predefined objectives by the module to masters and specialization in critically ill patients (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

**Key-words:** critically ill patient, nursing care, stroke, neurological outcome



## LISTA DE SIGLAS

°C- Graus Celsius

AHA – American Heart Association

AIT – Acidente Isquémico Transitório

ARS – Administração Regional de Saúde

aPTT – *activated normalized thromboplastin time*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMEEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização à Pessoa  
em Situação Crítica

CODU – Centro Orientação Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo Miocárdio

EC – Ensino Clínico

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

ECG – Eletrocardiograma

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESO – European Stroke Organization

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FA – Fibrilhação Auricular

FC – Frequência Cardíaca



FR – Frequência Respiratória

GCS – Escala de Coma de Glasgow

HTA – Hipertensão Arterial

IACS – Infecção Associada aos Cuidados Saúde

INR – *international normalized ratio*

LCS – Lesão Cerebral Secundária

mg/dl – miligramas/decilitros

NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PH – Pré- Hospitalar

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

REPE – Regulamento Exercício Profissional Enfermagem

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RM – Ressonância Magnética

rtPA – Ativador do Plasminogénio Tecidular recombinante

SPAVC – Sociedade Portuguesa Acidente Vascular Cerebral

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada





TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

UAVC – Unidade AVC

UCV – Unidade Cerebrovascular

VV – Via Verde

VNI – Ventilação Não Invasiva



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE AVC</b>	<b>28</b>
<b>2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>42</b>
<b>2.1. Intervenção Especializada de Enfermagem à PSC em Contexto de SU</b>	<b>45</b>
<b>2.2. Intervenção Especializada de Enfermagem à PSC em Contexto de UCI</b>	<b>56</b>
2.2.1. Intervenção Especializada de Enfermagem à PSC em Contexto de UCI	58
2.1.2. Intervenção Especializada de Enfermagem à PSC em Contexto UAVC	69
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>82</b>

## APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo de Pesquisa da Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

Apêndice II - Cronograma Ensino Clínico do 3º Semestre

Apêndice III - Objetivos, Atividades e Indicadores de Resultado – SU

Apêndice IV - Objetivos, Atividades e Indicadores de Resultado para o EC – UCI

Apêndice V - Objetivos, Atividades e Indicadores de Resultado para o EC – UCV

Apêndice VI - Sessão de Formação “Urgência-Emergência”

Apêndice VII - Instrução de Trabalho para Teste semanal do Monitor Desfibrilhador *Lifepack 9*

Apêndice VIII - Protocolo de Atuação Via Verde AVC na UCIP

Apêndice IX - Fluxograma de Atuação na Via Verde AVC



Apêndice X - “Intervenção Especializada de Enfermagem ao doente que vivencia um AVC”

## **ANEXOS**

Anexo I - Escalas de Avaliação Neurológica

Anexo II - Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV)

Anexo III - Certificado do Curso *Advanced Trauma Care for Nurses*

Anexo IV - Certificado NIHSS *Portuguese*

Anexo V - Certificado do IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto

Anexo VI - Certificado Póster “Intervenção Especializada de Enfermagem ao doente que vivencia um AVC”



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com relatório inserida no 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge o presente relatório de estágio que tem como objetivo major apresentar e refletir acerca do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências realizado.

O planeamento deste percurso englobou a elaboração de um projeto, no qual foram definidos objetivos, atividades e indicadores de resultado, de forma a desenvolver competências na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC), tendo por base os objetivos do CMEEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), os pressupostos dos descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e o regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em PSC da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, 2011b).

Como linha orientadora do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, defini a temática **“Continuidade de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica vítima de AVC - Intervenção Especializada de Enfermagem”**, tendo por base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner (2001), no qual mobilizei todo o meu referencial teórico e prático, sendo que nesta fase do processo de aprendizagem, também foi fundamental a aquisição de novos saberes e de uma prática reflexiva mais consciente, fomentada na evidência científica, pelo que a mesma se revelou como promotora de um crescimento pessoal e profissional, com o intuito de atingir níveis de excelência de cuidar. Assim sendo, a prática assente na melhor evidência produz conhecimento, capaz de sustentar ações que concorrem para os cuidados de excelência com impacto no *outcome* da pessoa vítima de acidente vascular cerebral (AVC).

É neste sentido que o enfermeiro especialista é considerado um enfermeiro *perito*, sendo que o mesmo deve dominar um conhecimento percetivo, fundamentado e aprofundado pelo conhecimento concreto da situação, contextualizando-a de forma a possibilitar a prestação de um cuidado individualizado numa perspetiva holística (Benner, 2001).

A escolha desta temática tem por base motivações de carácter profissional, surgindo no âmbito do contexto de trabalho no qual me encontro inserida, uma vez que trabalho num serviço de Medicina Interna, sendo a incidência de internamento por AVC extremamente elevada, mas também pessoais, de forma a promover uma reflexão fundamentada no que diz respeito aos cuidados individualizados prestados à pessoa vítima de AVC, tendo em conta a intervenção do enfermeiro na prevenção e minimização das complicações que possam advir. O AVC é a primeira causa de morte em Portugal, sendo que esta realidade afeta todos os anos cerca de 25000 cidadãos, pelo que se torna premente a intervenção no âmbito da prevenção e redução da incidência do mesmo, lutando pela acessibilidade aos melhores tratamentos na fase aguda, reabilitação e reinserção profissional e social reduzindo, desta forma, a morbilidade e mortalidade (Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC, 2017).

A qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de AVC na fase aguda é crucial para uma melhoria do *outcome* neurológico, sendo por isso necessária uma intervenção diferenciada desde o pré-hospitalar (PH) (European Stroke Organization (ESO), 2008), na medida em que existe uma deteção precoce dos sinais de alerta. No aprofundar de competências, o enfermeiro caracteriza as suas observações, intervenções e tomadas de decisão de acordo com a reflexão e evidência encontrada (Benner, 2001). Desta forma, o enfermeiro torna-se o principal responsável por capacitar os familiares/pessoas significativas para que estes se encontrem habilitados a detetar qualquer alteração que possa surgir, minimizando os riscos e complicações. É neste sentido que o enfermeiro deve direccionar a sua intervenção de acordo com as necessidades identificadas na pessoa que vivencia o AVC, bem como nas pessoas significativas que a rodeiam e que se tornam os seus cuidadores informais, uma vez que existe uma alteração significativa da dinâmica familiar durante o processo de reabilitação, pelo que se torna essencial definir



intervenções de enfermagem que permitam uma melhor compreensão por parte dos familiares, relativamente, aos cuidados prestados e às alterações que possam advir do processo de doença (American Heart Association (AHA), 2014).

Assim, o enfermeiro detém conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, sendo que os mesmos se traduzem num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Deste modo, esta aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências permite ao enfermeiro uma maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança na tomada de decisão que permitem uma melhoria contínua nos cuidados prestados.

Desta forma, considero que o processo de cuidar assenta na premissa de que todas as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade, pelo que este compreende intervenções que se centram na pessoa que vivencia a patologia, bem como nas pessoas significativas e profissionais de saúde – *Nursing as Caring* (Boykin, Bulfin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005; Boykin & Schoenhofer, 2013). Ainda na base desta teoria, encontra-se inerente a conceção *Dancing of Caring Persons*, sendo que para Boykin *et al* (2005), esta *dança* não representa mais do que um círculo aberto no qual existe uma ligação entre todos os que participam que contactam no cuidado àquela pessoa, sendo que todos os participantes (equipa multidisciplinar, pessoa e família) representam um papel único, igualitário e contribuem de alguma forma para o cuidado que está a ser criado.

De forma a operacionalizar a intervenção de enfermagem no que diz respeito à prevenção de complicações, a vigilância e monitorização contínua da PSC torna-se crucial, o que implica detetar e determinar mudanças significativas no seu estado, antecipando a deterioração e as suas necessidades, pela compreensão dos sinais e comportamentos, definindo, posteriormente, estratégias de tratamento (Benner, 2001). Deste modo, o enfermeiro torna-se preponderante de forma a dar resposta às necessidades da PSC, sendo que a sua presença efetiva e a observação contínua da situação de saúde/doença da pessoa o coloca numa posição privilegiada para a elaboração de um processo de enfermagem individualizado (Boykin & Schoenhofer,

2000). Por forma a proporcionar a melhor resposta a cada situação, tendo em conta a individualidade de cada pessoa que cuidamos, as competências técnicas são também essenciais para que possamos fazer a diferença no cuidar, pelo que se torna essencial o recurso à tecnologia com o objetivo de melhorar a eficiência/qualidade na prestação de cuidados. A teoria *Technological Competency as Caring in Nursing* pressupõe o recurso à tecnologia como um meio para os enfermeiros conhecerem melhor a pessoa de quem cuidam, realçando o foco das intervenções de enfermagem (Locsin, 2005, 2013). O recurso à tecnologia não pretende conhecer a parte lesada através da monitorização ou do tratamento mas procura conhecer a pessoa enquanto ser humano singular, com as particularidades que o caracterizam e que se encontram em mudança (Locsin, 2005).

Assim sendo, o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências centrou-se na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, em contexto de serviço de urgência (SU) e de unidade de cuidados intensivos (UCI), sendo que a minha intervenção se manteve focada na PSC vítima de AVC.

Neste sentido, defini como objetivo geral para este relatório:

- Desenvolver competências de enfermagem especializadas na intervenção à PSC vítima de AVC, em contexto de urgência e de cuidados intensivos.

Por forma a dar resposta ao objetivo definido no percurso delineado, foi realizado o presente trabalho. O mesmo encontra-se estruturado em 4 capítulos, iniciando-se com a presente introdução, a qual contextualiza e justifica o âmbito do relatório, bem como a sua finalidade. Seguidamente, no 2º capítulo é elaborado um enquadramento teórico, no qual é evidenciada a intervenção especializada à PSC que vivencia um AVC, havendo desta forma, uma contextualização da temática e uma justificação da mesma com base na evidência científica encontrada, integrando também os dados resultantes da RIL. O 3º capítulo diz respeito ao percurso de estágio e, conseqüentemente, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências nos cuidados prestados à PSC, em contexto de SU e UCI, bem como as intervenções especializadas de enfermagem à pessoa que vivencia um AVC. Por

último, o 4º capítulo explana as considerações finais, sendo que no mesmo é realizada uma síntese da temática em estudo, bem como as dificuldades sentidas neste percurso e as estratégias a utilizar numa situação futura.

Para a elaboração deste trabalho, a metodologia utilizada foi a análise crítica e reflexiva de documentos obtidos através da pesquisa bibliográfica acerca da temática, dados provenientes da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) e documentos elaborados em período de estágio, nomeadamente jornais de aprendizagem, estudos de caso e trabalhos realizados, de acordo com as necessidades de cada contexto de estágio. Este trabalho rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da ESEL (Godinho, 2017), sendo que as referências bibliográficas estão de acordo com a norma da APA (American Psychological Association 6th Edition).

**Palavras-chave:** Pessoa em Situação Crítica; Intervenções de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; *Outcome* Neurológico.



## **1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE AVC**

A PSC é aquela que se encontra em situação aguda, por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente, revelando um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos e cuja sobrevivência depende de meios tecnológicos avançados de vigilância, monitorização e tratamento (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011b). É neste sentido que é necessária uma intervenção especializada de enfermagem, para que os cuidados prestados sejam altamente qualificados, respondendo às necessidades identificadas, perante a avaliação e intervenção em condições de risco de vida, permitindo manter as funções básicas de vida, de forma a prevenir complicações, tendo em vista a recuperação total da pessoa. Importa ainda referir que o cuidado à PSC é definido como sendo desafiante, num nível intelectual e emocional, no sentido em que o enfermeiro deve desenvolver estratégias e competências para avaliar a situação e priorizar os focos de instabilidade e, assim, intervir da forma mais adequada, estabelecendo um processo de enfermagem individualizado, de acordo com a intervenção e monitorização dos resultados obtidos (Benner *et al*, 2011).

Para uma melhor compreensão da temática e para sustentar as intervenções realizadas à PSC, tenho como guia orientador os pressupostos da teoria de *Nursing as Caring* (Boykin & Schoenhofer, 2013) e do *Technological Care* (Locsin, 2005), sendo que estas se encontram intimamente relacionadas. É crucial referir que o cuidar é um processo complexo, que não resulta apenas de ações dissociadas ou de intervenções isoladas a determinada pessoa em determinada situação, no sentido em que os recursos científicos devem ser adaptados a cada pessoa, de acordo com as suas necessidades (Hesbeen, 2000). “A arte de cuidar baseia-se em conhecimentos e capacidade para harmonizar os diferentes elementos que

constituem uma determinada situação.” (Hesbeen, 2001, p.45). A competência tecnológica no cuidar em enfermagem, como um modelo conceptual, acontece quando o cuidar e a tecnologia coexistem, no sentido em que a mesma inclui o conceito do ser humano como imprevisível, como um todo e completo no momento. Tal permite a apreciação da enfermagem como uma disciplina e prática baseada no conhecimento e o reconhecimento de um processo de enfermagem guiado pela prática, no qual o cuidar assume um papel central como um compromisso e um envolvimento inerente à mesma (Benner, 2001; Locsin, 2005). A harmonização destes conceitos coloca a prática de enfermagem num contexto de cuidados de saúde modernos e reconhece que ambos podem coexistir (Locsin, 2005, 2013), pelo que se torna necessário abordá-los em simultâneo.

O cuidar tecnológico consiste no recurso à tecnologia com o objetivo de melhorar a eficiência/qualidade na prestação de cuidados, sendo essencial conhecer os equipamentos com os quais trabalhamos, na medida em que as competências técnicas são necessárias para conseguirmos dar a melhor resposta a cada situação, tendo em conta a individualidade de cada pessoa que cuidamos. A competência tecnológica vista como cuidado envolve intencionalidade e, é desta forma que se relaciona com a teoria do *Nursing as Caring* (Boykin & Schoenhofer, 2013), uma vez que esta se baseia na premissa de que as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade e de que o cuidar é intencional e vivido momento a momento. Assim sendo, o conceito de holismo está inteiramente relacionado com estas premissas, sendo que esta é uma visão que reconhece sempre a pessoa como um todo e não a soma das suas partes. Para Benner (2001) o enfermeiro *perito*, deve dominar um conhecimento percetivo, fundamentado e aprofundado pelo conhecimento concreto da situação, contextualizando-a de forma a prestar de modo individualizado e numa perspetiva holística, qualidade de vida à PSC e à família. É neste sentido que, tendo em conta a continuidade de cuidados à pessoa vítima de AVC, é fundamental que o enfermeiro consiga dar resposta às necessidades da mesma, bem como das pessoas significativas, adequando assim a sua intervenção, assumindo um papel imprescindível na redução da incapacidade funcional e complicações pós- AVC, facilitando o retorno ao ambiente familiar, através da intervenção precoce, direcionada à neuro-reabilitação, identificação de fatores de risco, prevenção de complicações e tratamento de comorbilidades (SPAVC, 2016).

A tecnologia assume-se como fundamental em cada momento do cuidar, uma vez que promove a segurança dos cuidados prestados, através da vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica, na medida em que promove o reconhecimento de situações que poderão colocar a sua vida em risco, de forma a priorizar as intervenções face às necessidades identificadas, pelo que concorre assim para um aumento da qualidade dos mesmos, visto que possibilita a deteção precoce de sinais de alerta e complicações (Benner, 2001; Howard & Steinmann, 2011). Assim sendo, é crucial desenvolver perícia na prestação de cuidados à pessoa vítima de AVC para que o enfermeiro possa intervir de acordo com as necessidades identificadas em determinada pessoa/pessoa significativa, tendo em conta as suas características específicas e a forma como respondem a determinada situação.

A nível europeu, Portugal apresenta uma taxa de mortalidade por AVC superior à média europeia, o que justifica o impulso na prevenção e tratamento do mesmo (DGS, 2016). Neste sentido, o AVC é uma preocupação paralela ao envelhecimento da população, pois com o avançar da idade, há um aumento da probabilidade de ocorrência do mesmo, devido ao envelhecimento e crescimento da população idosa, bem como da sobrevivência (DGS, 2001). No entanto, de acordo com o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares existe uma tendência constante de decréscimo nos últimos anos, sendo que esta redução significativa está intimamente relacionada com a eficácia das medidas genéricas de prevenção, bem como da correção de fatores de risco modificáveis, associado a um avanço significativo na terapêutica (DGS, 2010a, 2016, 2017).

De forma a permitir uma melhoria contínua nos cuidados prestados, os enfermeiros devem ter a pretensão de deter conhecimentos, cada vez mais atualizados e produzir conhecimento, através da melhor evidência disponível, respondendo aos desafios que vão surgindo (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996). Assim sendo, surgiu a necessidade de realizar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) uma vez que era imperativo deter os conceitos e recomendações internacionais mais atualizadas, de forma a otimizar a intervenção na prestação de cuidados especializados de enfermagem, no âmbito da pessoa vítima de AVC. Deste modo, a RIL teve como principal objetivo identificar os

cuidados de enfermagem que promovem uma melhoria do *outcome* da pessoa vítima de AVC após a realização de tratamento, sendo que o protocolo se encontra em apêndice (Apêndice I).

O AVC pode ser definido como “(...) o termo que descreve um déficit neurológico agudo que persiste por mais de 24 horas e é causado pela interrupção da corrente sanguínea ao encéfalo.” (Urden, Stacy & Lough, 2008, p. 764). O AVC pode ser classificado como hemorrágico ou isquémico, sendo que ao longo deste percurso foi estudado de uma forma mais aprofundada o AVC isquémico. Assim sendo, este é causado por um trombo que bloqueia o fluxo de sangue até à artéria cerebral provocando, assim, uma diminuição do fluxo sanguíneo numa determinada região cerebral, o que leva à necrose e enfarte da mesma (Sá, 2009; Davis & Lockhart, 2016). De acordo com a AHA (2013, citado por Davis & Lockhart (2016)), os sinais e sintomas de alerta para o AVC de início súbito são:

- Desvio da comissura labial;
- Diminuição da força do membro superior;
- Discurso arrastado.

Os sinais de um AVC também podem envolver cefaleias, vômitos, depressão do nível do estado de consciência, confusão mental, parésia ou plegia de um hemicorpo, bem como alteração da marcha, sendo evidente uma descoordenação da mesma (Sá, 2009).

Quando detetados estes sinais deve ser estabelecido um contacto imediato com o 112, sendo imperativo que esta pessoa seja transportada o mais rapidamente possível para um contexto diferenciado como, por exemplo, um serviço de urgência, com profissionais diferenciados.

Tendo em conta todos os pressupostos que já foram referidos anteriormente, uma intervenção rápida, eficaz e adequada na fase aguda do AVC é essencial para que exista uma melhoria do *outcome*, nomeadamente no que diz respeito ao *outcome* neurológico, uma vez que sempre que o tratamento é adiado há um envelhecimento do cérebro de cerca de 3 a 6 anos (Davis & Lockhar, 2016). Importa



ainda referir que uma pessoa que vivencia um AVC, na fase aguda deve ser tratada como uma emergência médica, ou seja, como uma pessoa que se encontra em situação crítica, independentemente da gravidade dos défices, no sentido em que apresenta particularidades que tornam o seu cuidado único (AHA, 2013; DGS, 2017).

Tendo por base os sinais e sintomas de alerta para um AVC de início súbito, torna-se fulcral o reconhecimento do mesmo, pelo que foi criada a Via Verde AVC (VVAVC), sendo que esta consiste numa estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalar, tendo como objetivo uma maior rapidez na triagem, com avaliação e orientação das pessoas que se encontram na fase aguda do AVC, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro do tempo de janela eficaz (DGS, 2017). A possibilidade das pessoas vítimas de AVC poderem, na fase aguda, receber tratamento mais adequado depende do tempo decorrido entre o início dos sintomas e da eventual administração da terapêutica, sendo que este tratamento é tanto mais eficaz e seguro quanto mais cedo for iniciado o procedimento terapêutico (ARS Norte, 2009; SPAVC, 2016).

É desta forma que os enfermeiros se apresentam como fundamentais no reconhecimento de sinais e sintomas na pessoa vítima de AVC e na atuação na VVAVC, a partir da triagem no SU. Deste modo, cabe ao enfermeiro do SU realizar a triagem da pessoa vítima de AVC, com rigor, rapidez e eficácia, ativando a via verde sempre que existam critérios para a mesma, melhorando desta forma o *outcome*. O PH assume, assim, um papel preponderante no transporte diferenciado das pessoas vítimas de AVC, tendo a capacidade de dar resposta às necessidades da mesma, através da monitorização dos sinais vitais e da avaliação contínua do estado neurológico (AHA, 2013). Importa referir que a VVAVC pode ser ativada a partir do PH ou mesmo no SU quando se detetam sinais de alerta no momento da triagem.

A pessoa vítima de AVC necessita de cuidados que exigem uma observação contínua e criteriosa, por forma a detetar precocemente as possíveis complicações, pelo que se torna fulcral uma intervenção precisa, concreta e eficiente (OE, 2011b). Assim sendo, é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista em todas as

fases do processo de cuidar, nomeadamente no que diz respeito ao momento do pré tratamento, durante e pós tratamento.

A avaliação inicial de uma pessoa vítima de AVC é idêntica à de qualquer pessoa que se encontre em situação crítica sendo que, numa primeira instância, é fundamental uma avaliação pormenorizada e sistematizada, com base na metodologia A (*Airway maintenance*), B (*Breathing and ventilation*), C (*Circulation with hemorrhage control*), numa sendo a mesma seguida por uma avaliação neurológica, no sentido de identificar os défices e perceber quais as possíveis comorbilidades (AHA, 2013; Davis & Lockhar, 2016). O objetivo primordial não passa apenas por identificar a ocorrência de um possível AVC, mas também identificar outras condições que requerem uma intervenção imediata e determinar as possíveis causas do AVC por forma a prevenir a lesão cerebral secundária (LCS) e consequentes sequelas, promovendo, desta forma, uma adequada perfusão cerebral, melhorando o *outcome* neurológico da pessoa (AHA, 2013).

Para que esta avaliação inicial seja realizada adequadamente deve ser efetuada uma **colheita de dados** na qual deve constar os antecedentes pessoais e o tempo decorrido desde o início dos sintomas; **avaliação física**; **avaliação neurológica através da utilização de escalas/score**; recurso a **exames complementares de diagnóstico** e recurso a **profissionais e medidas terapêuticas diferenciadas** (AHA, 2013). É neste sentido que a existência de uma equipa multidisciplinar é crucial para um cuidado adequado na fase aguda do AVC, na medida em que a comunicação e coordenação da mesma culmina no seu potencial máximo para promover a eficácia e eficiência da reabilitação da pessoa vítima de AVC e, consequentemente, a segurança e qualidade dos cuidados prestados (SPAVC, 2011). É desta forma que o enfermeiro especialista é fundamental uma vez que apresenta competências técnicas, científicas e humanas que permitem um cuidar individualizado. Importa ainda referir que a sua intervenção nos cuidados específicos engloba intervenções autónomas e interdependentes. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), as intervenções autónomas dizem respeito às intervenções da exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, de acordo com as qualificações profissionais respetivas e as interdependentes são as intervenções realizadas em conjunto com

outros profissionais de saúde por forma a atingir um objetivo comum, mediante prescrições ou orientações previamente formalizadas (OE, 2009).

No que diz respeito à **colheita de dados**, é crucial perceber quando ocorreu o início dos sintomas de alerta súbito de AVC, bem como os antecedentes pessoais, sendo que o profissional terá de ter em conta os fatores de risco que poderão estar associados. O AVC apresenta inúmeros fatores de risco, sendo que alguns não poderão ser modificados através da alteração dos estilos de vida. Assim sendo, alguns dos fatores de risco são: idade superior a 45 anos; género feminino; raça negra; fatores genéticos; hipertensão arterial (HTA); hipercolesterolemia; hábitos tabágicos e alcoólicos; apneia do sono e história de Acidente Isquémico Transitório (AIT) ou Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (AHA, 2013; Lavis & Lockhart, 2016).

Após a avaliação sistematizada na abordagem ABC, sendo também crucial a avaliação e monitorização dos sinais vitais, torna-se fundamental a realização de uma **avaliação física** mais dirigida e detalhada, sendo que a mesma poderá ser importante na identificação de outra causa potencial face às manifestações apresentadas pela pessoa, as potenciais causas do AVC ou as comorbilidades coexistentes que terão um impacto na forma como os profissionais irão intervir perante um AVC isquémico (AHA, 2013).

No que concerne à **avaliação neurológica** deverá ser breve mas completa com o objetivo de quantificar o grau dos défices neurológicos apresentados, facilitar a comunicação, identificar a artéria lesada e selecionar a melhor intervenção face a determinada situação, identificando as possíveis complicações que poderão ocorrer (AHA, 2013). Assim sendo, numa primeira instância, o reconhecimento destes sinais e sintomas poderá passar apenas por uma avaliação do estado neurológico da pessoa, sendo que esta avaliação poderá ser efetuada através da Escala de Coma de Glasgow (GCS) (Anexo I); para a avaliação dos défices neurológicos presentes na fase aguda do AVC deverá ser utilizada, por exemplo, a Escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) (Anexo I), sendo que a mesma avalia o nível de consciência (orientação e comandos); olhar (tendo em conta os campos visuais); parésia facial; força muscular; ataxia dos membros; sensibilidade; disartria e inatenção (utilização do estímulo visual ou sensorial duplo) (ESO, 2008). De acordo com o *score* atribuído, podemos concluir qual a gravidade apresentada, sendo que o

mesmo varia de 0 a 30 pontos, pelo que a mais baixa representa uma pessoa sem qualquer défice neurológico.

Posteriormente à primeira abordagem à PSC vítima de AVC, esta deve ser encaminhada para a realização de **exames complementares de diagnóstico**, de forma a confirmar o diagnóstico de AVC, para se proceder rapidamente ao tratamento. O diagnóstico de AVC é efetuado, numa primeira instância, pelo quadro clínico, caracterizado pela instalação aguda de sinais e sintomas neurológicos focais (ESO, 2008). No entanto, nem todos estes sintomas são causados por AVC ou AIT, pelo que se torna necessário o diagnóstico diferencial. Isto será conseguido através do recurso a exames complementares, tais como exames imagiológicos, dos quais se destacam a tomografia axial computadorizada (TAC) cerebral e a ressonância magnética (RM). A RM permite diagnosticar e identificar precisamente a localização do AVC, devendo ser utilizada apenas desde que não aumente o tempo necessário para o tratamento (ESO, 2008). Por sua vez, a TAC é geralmente eleição na imagiografia do encéfalo aquando um quadro sugestivo de AVC, pois permite a identificação do tipo de AVC (isquémico ou hemorrágico) e é suficiente para guiar no tratamento por trombólise (Silva, Gomes & Massaro, 2005). É ainda importante a realização de análises clínicas que incluam os níveis de glicose no sangue, função renal, marcadores cardíacos, *international normalized ratio* (INR), tempo de protrombina, contagem de plaquetas e *activated partial thromboplastin time* (aPTT); realização de radiografia ao tórax e de electrocardiograma (ECG) para despiste de fibrilhação auricular (FA) (AHA, 2012, 2013), no sentido em que esta é uma doença concomitante e intimamente relacionada com o risco de AVC, cujo aumento de prevalência está relacionada com o aumento do número de diagnósticos, mesmo quando assintomática (SPAVC, 2016).

Relativamente ao recurso a **profissionais e medidas terapêuticas diferenciadas** serão decisivos no tratamento da pessoa que vivencia um AVC na fase aguda, no sentido em que o objetivo major é “salvar” o máximo de tecido cerebral possível e restabelecer o fluxo sanguíneo assim que possível, prevenindo, desta forma, a isquémia cerebral. Nos últimos anos, tem vindo a surgir um progresso na implementação de medidas terapêuticas diferenciadas na fase aguda, sendo estas de carácter farmacológico ou de intervenção endovascular, o que permite uma

otimização dos cuidados prestados (DGS, 2017). Para tal, é necessário realizar tratamento através da administração endovenosa de um agente trombolítico, sendo este administrado até às 4,5 horas desde o início dos sintomas (Capriotti & Murphy, 2016). O tratamento por trombólise consiste na administração endovenosa de um fármaco designado rtPA (Ativador do Plasminogénio Tecidular recombinante), o qual é ativado no contacto com o trombo, promovendo a dissolução da fibrina que o constitui. Ao provocar a trombólise, há um consequente restabelecimento da circulação no vaso obstruído, voltando a existir perfusão sanguínea na região cerebral que sofreu isquémia (Sá, 2009). O tratamento baseia-se na administração de rtPA endovenoso na dose de 0,9mg/Kg até um máximo de 90mg, sendo 10% administrados em bólus e o restante em perfusão contínua durante uma hora. Durante o tratamento e nas primeiras 24 horas deve existir uma vigilância intensiva, de forma a detetar deterioração neurológica, o que é conseguida através da utilização da escala de NIHSS, que já foi referida anteriormente, devendo também manter uma monitorização contínua dos sinais vitais (ESO, 2008). Para a administração deste fármaco existem critérios de inclusão e de exclusão, pelo que a história da pessoa bem como os seus antecedentes são dados extremamente importantes que poderão influenciar a intervenção mais adequada face às especificidades daquela pessoa. Assim sendo, como critérios obrigatórios existe, por exemplo: idade compreendida entre os 18 e os 80 anos; o tempo de início dos sintomas inferior a 4,5 horas; valores de TA  $\leq$  185/110 mmHg (sem medidas agressivas de tratamento); TAC CE sem sinais de hemorragia; Escala de NIHSS  $<25$ ; ausência de melhoria rápida dos sinais focais ou AVC minor; ausência de convulsões na instalação do AVC; ausência de AVC/TCE  $<3$  meses; ausência de cirurgia  $<14$  dias; ausência de hemorragia gastrointestinal ou urinária; INR  $<1,7$ ; APTT normal se recebeu heparina  $<48$  horas; Plaquetas  $\geq 100000/\text{mm}^3$  e valores de glicémia capilar entre 50-400mg/dl (AHA, 2013). Posteriormente, deve ser realizada nova TC cerebral a fim de avaliar a eficácia do tratamento, detetando também as possíveis transformações hemorrágicas que possam ter surgido no decorrer do tratamento (AHA, 2013). Outro tratamento opcional é um procedimento cirúrgico endovascular, a trombectomia mecânica, no qual é colocado um cateter na artéria cerebral bloqueada, de forma a extrair o trombo que se encontra aloado na mesma, sendo que este deve ser efetuada até às 6 horas após o início dos sintomas

(Capriotti & Murphy, 2016). Assim sendo, a trombectomia e revascularização cerebral estão associados a um melhor *outcome* neurológico nas pessoas vítimas de AVC isquémico (Yoo & Kim, 2017).

Atualmente, com a utilização da fibrinólise, terapêutica de fase aguda, muitas das pessoas vítimas de AVC podem, se tratadas em tempo útil, ver reduzido o seu grau de incapacidade, aumentando a sobrevida, conseguindo uma apropriada recuperação funcional (ARS Norte, 2009; DGS, 2017). De acordo com um estudo realizado, o facto de os hospitais apresentarem peritos na área da intervenção endovascular é um preditor para alcançar o melhor *outcome* possível (Lavine, Cockroff & Bambakidis, 2016).

Após a realização do tratamento precoce no SU, surge a necessidade de permanência da pessoa vítima de AVC isquémico numa Unidade de AVC (UAVC), uma vez que as pessoas que se encontram nas enfermarias não usufruem das sinergias que podem resultar de uma intervenção multidisciplinar motivada e especializada para o tratamento destas pessoas em situação crítica (DGS, 2001). Estas seguem protocolos de atuação específicos, tendo como objetivo maior a neuro-reabilitação após o tratamento precoce. As equipas especializadas em AVC devem ser formadas por uma variedade de profissionais de saúde, incluir um neurologista disponível 24 horas por dia e devem ajudar a coordenar o atendimento da pessoa vítima de AVC em fase aguda desde o momento da sua admissão no SU, tornando uma avaliação mais rápida, através da utilização de terapias efetivas, aumentando, desta forma, a qualidade dos cuidados prestados e uma melhoria do *outcome*, de forma a prevenir possíveis complicações (Martins, 2006). Importa referir que as UAVC têm como objetivos fundamentais iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação; prevenir o agravamento do AVC; identificar os fatores de risco; implementar medidas preventivas de recorrência e de complicações; tratar as comorbilidades e desenvolver um plano de alta adequado para cada diade pessoa/família, respondendo assim às suas necessidades específicas (DGS 2001, 2017). Assim sendo, na UAVC, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC é uma constante e exige uma abordagem sistemática e o domínio de protocolos e algoritmos de atuação baseados em evidência científica, pelo que implica um vasto nível de conhecimentos, habilidades e atitudes (Ferreira & Madeira, 2011). É uma

das unidades funcionais mais exigente, no qual o enfermeiro deve responder de forma eficaz e eficiente às necessidades da PSC, o que muitas vezes exige uma tomada de decisão com repercussões no modo fisiológico da pessoa. Desta forma, o enfermeiro que presta cuidados na UAVC deve reunir um leque abrangente de competências no domínio profissional, ético e legal, de comunicação, gestão de recursos humanos e materiais e prevenção de complicações, na procura dos cuidados de excelência.

Segundo um estudo realizado, as pessoas submetidas ao tratamento por trombólise devem ser internadas na UCI por forma a prevenir possíveis complicações, sendo que estas podem estar relacionadas com uma diminuição do *score* da escala de NIHSS ou alterações dos valores da tensão arterial, manifestando-se em enfartes, edema cerebral, transformação hemorrágica ou compromisso da via aérea (Flaige et al, 2014). As *guidelines* de abordagem à PSC vítima de AVC (AHA 2013, 2015; Capriotti & Murphy 2016) recomendam a importância de evitar outras complicações que poderão estar subjacentes, nomeadamente: alterações metabólicas (hipo/hiperglicemia), hipertemia, trombose venosa profunda, complicações cardíacas e infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

É neste sentido que a intervenção especializada de enfermagem é crucial para que a pessoa obtenha os melhores resultados depois da realização do tratamento, uma vez que para além do que já foi referido anteriormente, o enfermeiro assume também um papel relevante no que diz respeito à educação para a saúde (educação acerca do tratamento; informação pertinente no que se refere às consequências da patologia; explicação do exames complementares de diagnóstico; educação no sentido de prevenir a recorrência de AVC; treino acerca dos cuidados à pessoa vítima de AVC à restante equipa), à gestão e à pesquisa, sendo, muitas vezes, responsável pela elaboração de protocolos de atuação (Cavalcante et al, 2011).

A intervenção especializada de enfermagem permite a prevenção de complicações ou a sua identificação precoce e, conseqüentemente, a melhoria do *outcome* neurológico. Assim sendo, estas intervenções poderão passar por uma **avaliação do score neurológico e avaliação das pupilas; avaliação**

**hemodinâmica e promoção de oxigenação adequada; controle da glicémia capilar, da temperatura corporal e da dor e a otimização da cabeceira da cama a 30°.**

No que diz respeito à **avaliação neurológica**, a intervenção do enfermeiro é essencial no sentido em que, através das diferentes escalas mencionadas anteriormente, poderá detetar determinadas alterações, tendo em conta o estado de consciência, o tamanho das **pupilas** e a sua reatividade ou mesmo agravamento dos défices neurológicos apresentados, o que poderá ser preditivo de um agravamento da lesão cerebral (AHA, 2013, 2015). Assim sendo, quanto mais precoce a intervenção adequada, melhor será o *outcome* neurológico da pessoa vítima de AVC.

Deve ser otimizada uma **monitorização hemodinâmica** dos parâmetros vitais, como a tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e pressão venosa central (PVC) no sentido de promover uma monitorização cardíaca adequada e um controlo da TA, uma vez que este é o parâmetro que poderá apresentar uma discrepância significativa, podendo levar a consequências graves (AHA, 2013). Assim sendo, é importante controlar a HTA, uma vez que esta poderá significar uma perfusão adequada do tecido cerebral mas também indicativa de edema cerebral ou transformação hemorrágica, sendo também importante prevenir a hipotensão, visto que esta poderá levar a uma hipoperfusão cerebral e consequente agravamento da lesão cerebral por isquemia dos tecidos, podendo levar à LCS, por transformação hemorrágica (AHA, 2015). É fundamental uma avaliação constante da via aérea, ventilação e circulação, de forma a identificar a dessaturação de oxigénio e compromisso respiratório. Esta avaliação prende-se pela **monitorização do padrão respiratório** da pessoa, auscultação dos sons respiratórios e avaliação da necessidade de aspiração de secreções brônquicas. É necessário uma avaliação criteriosa dos parâmetros ventilatórios, valores de saturação periférica (> 94%) e valores da gasimetria, sendo importante a avaliação do pH (7,35-7,45), dos níveis de  $\text{paCO}_2$  (35-45mmHg) e  $\text{paO}_2$  (80-100mmHg), bem como o valor de  $\text{HCO}_3^-$  (22-26 mEq/L) (Marcelino, 2008; AHA, 2015).

É importante que o enfermeiro **monitore os valores de glicémia capilar** de forma a prevenir a hipoglicémia ou hiperglicemia, uma vez que estes poderão estar



associados a mau prognóstico neurológico (Intensive Care Society, 2008). Assim sendo, a glicemia capilar deverá manter-se em valores compreendidos entre 60-180 mg/dl (AHA, 2015). Com o AVC isquêmico a hipertermia poderá estar associada a mau prognóstico neurológico no sentido em que aumenta os processos metabólicos e a produção de radicais livres e, conseqüentemente, a atividade cerebral, tal como acontece quando a pessoa apresenta dor. Assim, é importante que o enfermeiro **monitore a temperatura corporal** e que adote medidas de conforto e **controle da dor** (AHA, 2015).

No que concerne à **elevação da cabeceira a 30º**, esta assume uma relevância extrema no sentido em que a otimização da posição da cabeça, sem flexão cervical, de forma a evitar a compressão na região das veias jugulares e artérias carótidas promove o retorno venoso, o que previne a hipoperfusão cerebral e, conseqüentemente, o agravamento da lesão cerebral ou o aparecimento de LCS (Urden *et al*, 2008).

No que diz respeito à prevenção da transformação hemorrágica ou o aparecimento de LCS, o enfermeiro assume um papel fundamental na prevenção das mesmas, uma vez que deve estar atento a qualquer alteração a nível do estado de consciência da pessoa ou mesmo através de alteração de parâmetros vitais que estejam monitorizados (Benner *et al*, 2011; AHA, 2013). A prevenção da LSC depois de um AVC isquêmico é crucial, uma vez que existe um elevado risco do reaparecimento do AVC, estimando-se que cerca de 80% das recorrências possam ser prevenidas (Capriotti & Murphy 2016). A prestação de cuidados à PSC vítima de AVC envolve uma grande complexidade de fatores, pelo que o enfermeiro necessita de conhecimentos e competências altamente diferenciados, que advêm da experiência prática na prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC na fase aguda do AVC, associado ao domínio da fisiopatologia, bem como da tecnologia disponível para melhor cuidar e conhecer a pessoa.

Nos últimos anos tem existido um progresso significativo no que concerne à intervenção no pré tratamento, tratamento e pós-tratamento na fase aguda do AVC (SPAVC, 2011), sendo que estas exigências concorrem para um aumento da segurança e excelência dos cuidados prestados. Assim, estes cuidados deverão iniciar-se tão precocemente quanto possível num processo *continuum*, pelo que

surge a necessidade de desenvolvimento e implementação de estratégias interdisciplinares e intersectoriais, no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação precoce (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2014), o que permitirá a capacitação da pessoa/família e posterior re-integração na comunidade.

## 2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Por forma a delinear o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências da ESEL para o CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), das competências do segundo ciclo de estudos dos Descritores de Dublin (Direção-Geral do Ensino Superior, 2008), bem como para as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista e especialista em PSC da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, 2011b), elaborei um projeto que se constituiu como fundamental para a realização do terceiro semestre do referido curso, tendo em conta os ensinios clínicos selecionados.

Entende-se como ensino clínico o momento de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências, no qual os estudantes devem desenvolver processos de autorregulação e devem integrar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático em situações reais, nos contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005). Deste modo, este capítulo realça as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio de forma a atingir os objetivos definidos, bem como os indicadores de resultado alcançados, de acordo com a temática selecionada. Este encontra-se dividido em dois subcapítulos, sendo estes: intervenção especializada de enfermagem à PSC em contexto de SU e em contexto de UCI.

Uma vez que o AVC continua a ser uma das principais causas de mortalidade, decidi desenvolver a temática **Continuidade de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica Vítima de AVC**, tendo por base o modelo de Dreyfus para a aquisição de competências e, assim, desenvolver perícia nos cuidados prestados, sendo que a intervenção de enfermagem é crucial para a melhoria do *outcome* neurológico.

Como já foi referido anteriormente, defini como objetivo geral para o Estágio:

- Desenvolver competências de enfermagem especializadas na intervenção à PSC vítima de AVC, em contexto de urgência e de cuidados intensivos.

Para a escolha dos contextos de estágio, foi fundamental a visita a diferentes contextos clínicos nos quais foram realizadas entrevistas informais, o que permitiu recolher, junto dos enfermeiros chefes ou enfermeiros coordenadores dos serviços, informações e diretrizes essenciais, de acordo com a temática do AVC. Deste modo, selecionei os contextos de SU, UCI (UCIP e UACV) de hospitais de referência da área de Lisboa, tendo em conta as respostas que dariam aos objetivos a que me propus.

Ao longo do meu percurso profissional desempenhei funções apenas no contexto de serviços de medicina, pelo que qualquer contexto de estágio seria uma novidade, promovendo assim o meu crescimento enquanto profissional, tendo em conta as situações que poderia ter oportunidade de experienciar. Considero também que a aquisição e desenvolvimento de competências nestes contextos seriam cruciais, tendo em conta as suas especificidades, no percurso realizado pela pessoa vítima de AVC, desde o momento da sua admissão no SU até ao momento da alta, reconhecendo a importância da família na prestação de cuidados.

Assim sendo, a escolha do contexto de SU revelou-se como essencial no que diz respeito ao desenvolvimento de competências na área da gestão e priorização dos cuidados, tendo em conta todo o percurso da pessoa em situação crítica num serviço de urgência, sendo que o contacto com realidades nunca antes experienciadas também se constituiu como promotora do meu desenvolvimento, nomeadamente no que diz respeito ao primeiro contacto estabelecido com a pessoa na triagem, à prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, bem como a prestação de cuidados à pessoa que é referenciada através da VVAVC ou via verde coronária. Neste sentido, permaneci neste contexto de estágio num período de tempo de 5 semanas (Apêndice II).

Relativamente ao contexto de UCI, tendo em conta a temática selecionada, seria pertinente desenvolver competências num contexto no qual seria possível prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoas que se encontram na fase aguda do AVC, por forma a minimizar as complicações e promover o melhor *outcome* neurológico. Para além do que foi referido anteriormente, o facto de ser uma UCI polivalente foi também decisivo para a escolha deste contexto, uma vez que as experiências na prestação de cuidados à PSC no âmbito do foro médico e cirúrgico seria uma mais valia para a minha aprendizagem e para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, tendo este uma duração de 7 semanas (Apêndice II). Considero que desenvolver estágio numa UAVC também seria fundamental para o meu percurso enquanto mestranda, no sentido em que este seria imperativo para a aquisição de conhecimentos e a mobilização de conceitos fundamentais para a promoção da continuidade de cuidados à pessoa que vivencia um AVC, capacitando, assim, a mudança na minha prática de cuidados. Este foi um EC desenvolvido num período de tempo de 3 semanas (Apêndice II).

Assim sendo, de acordo com o objetivo geral defini como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializada, à pessoa em situação crítica, em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos;
- Aperfeiçoar competências de enfermagem especializada na melhoria do *outcome* neurológico da pessoa vítima de AVC.

De forma a atingir os objetivos propostos, foram definidas atividades e indicadores de resultado para cada EC, sendo que os mesmos se encontram no Apêndice III, IV e V.

## 2.1. Intervenção Especializada de Enfermagem à PSC em Contexto de SU

A intervenção de enfermagem no SU pode ser considerada como um processo complexo e rigoroso, no qual os enfermeiros prestam cuidados a pessoas em situação crítica, de acordo com as necessidades das mesmas. Assim sendo, neste contexto de situação crítica, os cuidados de enfermagem requerem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com o objetivo primordial de conhecer continuamente a situação da pessoa, por forma a prever e detetar as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta e em tempo útil (OE, 2011b), sendo que as intervenções de enfermagem são definidas e orientadas de acordo com a situação crítica da pessoa (Benner *et al*, 2011).

Numa primeira instância, por forma a iniciar o meu percurso e otimizar a minha aprendizagem e prestação de cuidados, procurei conhecer e compreender a dinâmica organizacional do contexto de SU, sendo que estes elementos foram essenciais para a minha integração na equipa multidisciplinar e, conseqüentemente, na persecução dos objetivos definidos. A visita guiada realizada no primeiro dia de estágio com a enfermeira coordenadora foi fulcral na medida em que me permitiu conhecer o espaço físico do SU, tendo em conta todos os setores que se encontram integrados no mesmo. O conhecimento e a consulta de normas e procedimentos em vigor neste contexto foi essencial para permitir um crescendo na segurança da minha intervenção. A proficiência dos enfermeiros por um diagnóstico preciso, centrado na avaliação e monitorização, é fulcral no sentido em que o profissional pode decidir as suas intervenções, de acordo com as reais necessidades da PSC no contexto de SU (Benner *et al*, 2011). Assim, foi-me permitido observar, planejar, executar e avaliar situações de cuidados no âmbito de processos complexos de situação crítica, antecipando a instabilidade, sob supervisão da enfermeira orientadora.

Destaco a importância de ter realizado dois turnos no setor da triagem, considerando que a minha intervenção proativa junto da enfermeira orientadora, enfermeira *perita*, através da observação, análise, reflexão e pensamento crítico foi

fundamental para compreender a sua função e complexidade, bem como o encaminhamento da PSC, de acordo com o motivo pelo qual recorre ao SU. O método utilizado é o sistema de Triage de Manchester, sendo que este método fornece ao profissional, não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, de acordo com o motivo apresentado pela pessoa, com posterior alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada, face às necessidades apresentadas (Grupo Português de Triage, 2017). Assim sendo, esta tem como objetivo major agilizar o fluxo de circulação da pessoa no contexto de SU, aumentando a qualidade dos cuidados e a segurança dos mesmos. Contudo, considero que o enfermeiro não se limita a seguir determinado fluxograma, uma vez que apesar de a teoria oferecer explicitação e formalização, a prática caracteriza-se por maior complexidade e fonte de maior aprendizagem (Benner, 2001). Neste sentido, o enfermeiro é detentor de uma experiência vasta e de um corpo de conhecimentos teóricos capazes de incrementar uma mudança nas práticas de cuidados, “com experiência e domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das actuações” (Benner, 2001, p.63).

No desenvolvimento da prática dos cuidados neste contexto de estágio, muitas foram as situações complexas nas quais tive oportunidade de prestar cuidados diferenciados e especializados à PSC, sendo que os mesmos se centraram essencialmente na sala de reanimação e na sala de tratamento do setor laranja, o que permitiu uma priorização constante dos mesmos face às necessidades das pessoas alocadas nestes setores. Na prestação direta de cuidados num SU, o enfermeiro necessita de conhecimentos e competências altamente diferenciadas que lhe permitam uma intervenção rápida, exigindo raciocínio e desenvolvimento de conhecimentos especializados, com base numa aprendizagem experiencial sob pressão e “*thinking-in-action*” (Benner *et al*, 2011). O domínio cognitivo, do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática são fatores de extrema importância para reduzir o stress da decisão e da ação (Nunes, 2007). Contudo, importa referir que a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos permitem que o enfermeiro, num contexto tão complexo quanto o SU, dado o afluxo significativo de PSC nestes serviços, permite uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da PSC e a garantia

de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades no sentido de uma maior qualidade e segurança.

No percurso de estágio tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro chefe de equipa ao longo de um turno, o que permitiu a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de um serviço tão complexo quanto o SU, no que diz respeito aos recursos humanos, materiais e organização e priorização dos cuidados. Tendo em conta que este é um contexto que se encontra em constante mutação e com condições instáveis, é fundamental adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações por forma a otimizar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2011b). É neste sentido que o enfermeiro gestor deve ter a capacidade de garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera; garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; gerir o serviço e a equipa otimizando as respostas às necessidades das pessoas; garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera e garantir a prática profissional baseada na evidência (Regulamento 101/2015, 2015). Ao longo da prestação de cuidados, o enfermeiro também deve desenvolver a competência de gerir situações, sabendo agir face a situações imprevisíveis e delinear estratégias em consequência das mesmas (Benner, 2001), otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (OE, 2011a).

A prevenção de complicações bem como do agravamento da PSC através da identificação precoce de sinais e sintomas faz parte das competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro *perito* desta área, pelo que se torna fulcral o reconhecimento das alterações fisiológicas subtis, tendo por base inúmeras ocasiões de cuidados. O enfermeiro *perito* deve dominar um conhecimento percetivo, fundamentado e aprofundado pelo conhecimento concreto da situação, contextualizando-o de forma a possibilitar a prestação de um cuidado individualizado numa perspetiva holística (Benner, 2001). Neste sentido, o encaminhamento da pessoa para áreas nas quais a prestação de cuidados, nomeadamente a sala de emergência/reanimação ou a área do setor de prioridade laranja, vai ao encontro das necessidades identificadas, nas quais a vigilância é encarada como uma importante estratégia utilizada pelos enfermeiros para melhorar os *outcomes* e concomitantemente a segurança da prestação de cuidados (Benner, 2001). Na



prática de cuidados em contexto de SU teve um contacto permanente, por exemplo, com pessoas referenciadas pelas VV AVC, VV Trauma e VV Coronária, sendo que os conhecimentos adquiridos nos cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo II) e *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) (Anexo III) foram cruciais no desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa que se encontra em situação de falência multiorgânica. Destaco particularmente a abordagem e intervenção junto da pessoa vítima de trauma, uma vez que se constituiu como uma das situações mais comuns no decorrer do estágio, uma vez que o trauma é considerado uma das causas mais importantes na origem da morbilidade e da mortalidade em Portugal, com maior incidência na população mais jovem. (Grupo de Trabalho de Trauma, 2009). Neste sentido, considero que a minha intervenção teve um carácter cada vez mais ativo e assertivo na abordagem à PSC vítima de trauma uma vez que com os contributos subsidiados pelo curso de ATCN bem como pelos momentos de reflexão junto da enfermeira orientadora, consegui estruturar um pensamento organizado, podendo agir autonomamente no momento da avaliação primária, de acordo com a sistematização da abordagem “ABCDE” (“A – *Airway maintenance with cervical spine protection*; B – *Breathing and ventilation*; C – *Circulation with hemorrhage control*; D – *Disability: Neurological status* e E – *Exposure/Environmental control: Completely undress the patient, but prevent hypothermia*”) sendo que a mesma é fundamental para uma rápida avaliação das possíveis lesões, bem como implementação de medidas de suporte de vida (American College of Surgeons, 2012). Destaco também a intervenção da equipa multidisciplinar perante uma vítima de trauma na sala de emergência/reanimação, nomeadamente no que diz respeito à importância do trabalho de equipa e a forma como cada profissional contribui, de forma harmoniosa, para o cuidado centrado na pessoa (Boykin & Schoenhofer, 2013), através da comunicação, definição de papéis e consciência situacional (Kuliukas *et al*, 2009).

Também foi possível prestar cuidados a pessoas com patologias do foro respiratório, dos quais explano a intervenção de enfermagem junto de pessoas com insuficiência respiratória/dificuldade respiratória, com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) e invasiva. Por exemplo, considero que a intervenção na sala de emergência junto de pessoas com Edema Agudo do Pulmão, no que diz respeito à otimização da VNI foi alcançada da melhor forma, por adquirir um conjunto

fundamentado de conhecimentos e experiência profissional, por ser uma patologia frequente no meu contexto de trabalho. A VNI consiste numa técnica cada vez mais prevalente no SU, sendo que a intervenção do enfermeiro se centra na monitorização hemodinâmica, ajuste de *interface* adequado (promovendo o conforto e a minimização de fugas de ar no sistema), otimizando o posicionamento, gerindo sintomas, nomeadamente a ansiedade e dispneia, o que previne o aparecimento de lesões por pressão (Urden *et al*, 2008).

Neste contexto, depreendo que a comunicação é uma ferramenta essencial para a instauração da relação de ajuda, sendo esta uma modalidade importante de intervenção do enfermeiro, na qual o mesmo deve ter a capacidade de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (OE, 2011b), sendo por isso uma competência que fui desenvolvendo ao longo do percurso de estágio. A comunicação transmite-se, assim, “de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Phaneuf, 2005, p. 23). Torna-se importante mencionar que nem sempre o processo de comunicação é facilitado numa situação de emergência, uma vez que a tecnologia e a avaliação das necessidades físicas são priorizadas. É neste sentido que o enfermeiro assume uma intervenção preponderante e exclusiva no seio da equipa multidisciplinar perante a PSC e a sua família, por ser o interveniente mais próximo capaz de desenvolver estratégias que minimizem o impacto dos processos de transição saúde/doença, estabelecendo uma relação de ajuda baseada na prestação de cuidados holísticos e humanizados (Meleis, 2010). No SU o cuidar transcultural é uma constante (Leininger, 2002), pelo que o processo de comunicação deve promover uma escuta ativa e empatia, por forma a reduzir as preocupações e ansiedade, permitindo que a pessoa tenha um papel ativo no processo terapêutico e tomada de decisão, respeitando sempre as suas crenças e valores (OE, 2009). Recordo uma situação na qual foi admitida uma PSC encaminhada pela VV coronária de nacionalidade alemã, na qual considero que estabelecer uma comunicação eficaz não foi um processo facilitado uma vez que o senhor não era fluente no inglês sendo, por isso, necessário recorrer a tecnologias diferenciadas, nomeadamente aplicações informáticas que permitem a tradução em vários idiomas. Numa primeira instância tentei perceber junto da

enfermeira orientadora qual a possibilidade de recorrer a um tradutor para que o processo de comunicação fosse eficaz e para que a pessoa fosse informada de todos os procedimentos de que seria alvo, no entanto, embora exista um protocolo no serviço, o mesmo não é exequível, sendo que muitas vezes não se encontram tradutores disponíveis.

Todas as pessoas admitidas no SU têm o direito de permanecer acompanhadas por um membro da família/pessoa significativa, pelo que também é essencial destacar que a intervenção de enfermagem se deve direcionar no sentido da resolução da situação de transição vivenciada pela família (Urden *et al*, 2008). Assim, surge a necessidade de esclarecer a família, emergindo inevitavelmente a questão ética relacionada com o “Dever de Informar” no que diz respeito aos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2009). O enfermeiro deve manter a família informada por forma a diminuir a ansiedade vivenciada, possibilitando a resolução da intimidação associada aos procedimentos invasivos adotados, bem como equipamentos tecnológicos necessários à manutenção da vida (Benner *et al*, 2011). Desta forma, o enfermeiro tem como premissa intervir perante a PSC e família, sendo que estas fazem parte do triângulo terapêutico, promovendo deste modo a integração no plano terapêutico, pelo que se torna fundamental que os enfermeiros identifiquem as necessidades de comunicação e personalizem as mesmas, planeando intervenções com a díade pessoa/família, assegurando um plano de intervenção no sentido da promoção de uma comunicação eficaz e estratégias de comunicação alternativa (Grossbach, Stranberg & Chlan, 2011; Relvas, 2003, citado por Mendes, 2015). É importante ter em conta que numa situação crítica, a vulnerabilidade se encontra presente sendo que todas as pessoas são vulneráveis e o seu grau de vulnerabilidade decorre dos mecanismos de suporte ambiental e dos recursos individuais que cada um possui (Rogers & Bn, 1997). A vulnerabilidade individual aumenta em períodos de transição saúde/doença, uma vez que incita sentimentos de medo e ansiedade e são sentidas como experiências bastante traumatizantes (Mckinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson, 2002). No entanto, o enfermeiro também está sujeito a um elevado nível de vulnerabilidade, por toda a dimensão envolvente das situações de urgência/emergência, o que por vezes torna difícil a tomada de decisão. Considero que este processo teve um crescendo no desenvolvimento do estágio, sendo que as pesquisas realizadas e a

atuação com base na melhor evidência científica foram cruciais para atingir os objetivos a que me propus. A tomada de decisão baseada na evidência é um elemento importante na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem, na qual um corpo de conhecimentos reconhecido se traduz na liberdade para a prática autónoma que é acompanhada pela responsabilização das decisões tomadas e pela auto-regulação da profissão (Nunes, 2007). A experiência e a mobilização do saber são, sem dúvida dois dos fatores que mais contribuem para a tomada de decisão.

A experiência em SU permitiu-me adquirir destreza e sistematizar a execução dos cuidados à PSC, sendo que, mais do que competência técnica, me permitiu desenvolver raciocínio e pensamento crítico, promotores de uma visão alargada dos cuidados em situações complexas, na qual a imprevisibilidade é uma constante. Assim, depreendo que adquiri conhecimentos relativamente à dinâmica existente no SU, nomeadamente no que diz respeito ao percurso realizado pela PSC, bem como procedimento de referenciação (apoio social ou psicológico), transferência para outros serviços, articulação com serviços pertencentes ao mesmo Centro Hospitalar ou alta clínica. Neste percurso foi visível a importância da existência de uma organização estruturada por forma a dar resposta, por exemplo, às necessidades de acompanhamento, transporte, mobilizando e gerindo desta forma os recursos humanos e materiais existentes no serviço.

Num SU o conceito de transporte à PSC é uma constante, pelo que se torna essencial a antecipação dos riscos que possam advir do mesmo, sendo por isso necessário um conhecimento experiente que clarifica a compreensão dos enfermeiros a situação de cuidados em concreto, uma vez que a intervenção de enfermagem é co-criada no imediato daquilo que realmente importa para a pessoa (Boykin & Schoenhofer, 2001). Assim sendo, os enfermeiros desempenham um papel preponderante na segunda fase do transporte, fase de planeamento, na qual é necessário considerar as características individuais da pessoa e os cuidados especializados de que necessita, o que poderá condicionar a escolha do serviço para a qual a pessoa é transferida, a equipa responsável pelo transporte, bem como os recursos materiais e tecnológicos, por forma a prevenir complicações (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008). Tive oportunidade de realizar

acompanhamento da PSC para elaboração de ECD, transferências para serviços como o Serviço de Observação (SO) ou UCI, bem como uma situação na qual foi possível intervir de forma proativa juntamente com a enfermeira na realização de um transporte inter-hospitalar, sendo que nesta destaco a importância de verificar o material e recursos tecnológicos face às necessidades identificadas, bem como o nível de monitorização exigido durante a realização do transporte, prevenindo desta forma possíveis complicações (SPCI, 2008). Considero que a minha intervenção na realização do transporte foi promotora para o desenvolvimento das minhas competências no meu contexto profissional, no sentido em que realizo transportes inter-hospitalares com muita frequência. Neste contexto clínico tive oportunidade ainda de me familiarizar com a folha de registo de “Avaliação para o transporte secundário” (SPCI, 2008), sendo que a mesma permite avaliar e definir as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, monitorização, equipamento e tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade da PSC (SPCI, 2008).

Pela primeira vez tive oportunidade de utilizar o sistema de terapêutica Pyxis®, considerando que o mesmo permite uma gestão adequada da terapêutica a administrar a cada pessoa, diminuindo assim o risco de erro terapêutico, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados, num serviço no qual o mesmo pode ocorrer frequentemente tendo em conta as características ambientais e a necessidade de priorização de cuidados. Assim sendo, o enfermeiro *perito* tem um papel fundamental no processo de preparação e administração de terapêutica, no sentido da responsabilidade ética, técnica e científica.

O contributo que a enfermagem apresenta na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde deve ser visível aos olhos da investigação. Desta forma, um pré-requisito essencial para a evidência dos resultados em enfermagem é a qualidade dos registos, sendo que os mesmos contribuem para que não exista perda de informação relevante para o planeamento de cuidados individualizado à pessoa, sendo também possível a obtenção de dados/indicadores para a avaliação dos cuidados prestados (OE, 2015). Neste contexto de estágio o sistema informático utilizado é o *ALERT*, tratando-se de um sistema prático por apresentar funcionalidades que permitem ter acesso a toda a informação relativa à pessoa, bem

como prescrições terapêuticas, procedimentos e realização de ECD. Contudo, considero que quando os profissionais se encontram a prestar cuidados nos setores de prioridade amarela ou verde, nos quais a afluência de pessoas é maior e o rácio enfermeiro/doente é reduzido, nem sempre as intervenções autónomas são registadas, pelo que não é possível a perceção da evolução do estado de saúde da pessoa, não permitindo, desta forma, um *continuum* na prestação de cuidados. Decorrente da experiência do contexto de estágio, realço a importância dos registos de enfermagem na sala de emergência, na qual considero que os mesmos foram executados numa linha de pensamento sistematizado e refletivo por forma a identificar as intervenções realizadas face a determinada necessidade, de acordo com a abordagem ABCDE (American College of Surgeons, 2012).

Saliento também a minha intervenção tendo em conta os princípios éticos e deontológicos, nomeadamente no que concerne ao direito à privacidade, no qual o profissional de saúde deve praticar os seus atos no respeito pela intimidade da pessoa, tornando-se fundamental reforçar que quando a pessoa não pode decidir, deverá ser considerado o seu melhor interesse, pelo seu bem-estar, segurança física, emocional e social (OE, 2009). Num serviço com uma afluência de pessoas como o contexto de SU, nem sempre é fácil cumprir o direito da privacidade, tendo em conta que muitas vezes as camas se encontram aglomeradas nas salas de tratamento ou corredores, sendo quase impossível existir espaço para circular. Contudo, a reavaliação dos cuidados, bem como os procedimentos foram sempre executados nas salas de trabalho, nas quais as portas se encontravam fechadas, apenas com os profissionais necessários para a prestação direta de cuidados. A ética na enfermagem valida a qualidade dos cuidados prestados, nas quais as intervenções devem promover um bem-estar à pessoa e família (Benner, 2001).

No que concerne à prevenção e controlo de infeção, tendo em conta que esta é uma competência que deve ser desenvolvida pelo enfermeiro especialista, num contexto de SU nem sempre é possível assegurar a higienização das mãos nos 5 momentos preconizados para a prestação de cuidados, sendo esta considerada uma das práticas mais simples e efetivas na redução das IACS, contribuindo desta forma para a redução da morbilidade e mortalidade das pessoas nos contextos de saúde (DGS, 2010c), tendo em conta a necessidade de priorizar os cuidados e de agir

rapidamente perante determinada situação complexa. Todavia, existem cartazes de sensibilização por todos os setores integrantes do SU, bem como dispositivos de solução aquosa de base alcoólica, que permitem a higienização das mãos.

No que concerne à temática selecionada, considero que a minha intervenção no contexto de SU foi proativa, permitindo uma resposta adequada aos objetivos a que me propus, uma vez que tive oportunidade de prestar cuidados a 3 PSC após ativação da VV AVC, na fase de pré-tratamento e durante o tratamento. Importa referir que a VV AVC consiste num sistema de resposta emergente à PSC vítima de AVC na fase aguda, permitindo a diminuição da morbilidade e mortalidade da mesma (Soares-Oliveira & Araújo, 2014). No decorrer do estágio senti-me cada vez mais confiante na abordagem inicial à pessoa vítima de AVC, seguindo sempre as diretrizes que se encontram protocoladas, bem como as *guidelines* de atuação (AHA, 2013; 2015), sendo que as mesmas uniformizam a intervenção dos profissionais levando a um incremento da segurança dos cuidados prestados. Assim sendo estas 3 situações foram encaminhadas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) após a ativação da VV AVC a partir do PH. Aquando a chegada ao SU, a pessoa foi encaminhada para a sala de emergência/reanimação, na qual foi otimizada a monitorização (com monitor de transporte por forma a realizar TAC CE) e elaborada uma avaliação sistematizada no que diz respeito à avaliação neurológica, em colaboração com o neurologista; realizados ECD como ECG, colheita de sangue para análise e avaliação de INR. Esta abordagem inicial foi realizada de forma autónoma, com supervisão da enfermeira orientadora, o que me permitiu desenvolver competências de atuação desde a admissão, permanência na sala de emergência e transferência, numa visão de cuidados holísticos e humanizados. Foi neste contexto que tive um primeiro contacto com a escala de NIHSS, essencial para identificar os défices neurológicos apresentados, permitindo perceber a gravidade da situação através do *score* obtido, pelo que senti necessidade de estudar a mesma mais aprofundadamente por forma a transpor de imediato os cuidados especializados e diferenciados para o meu contexto profissional. Torna-se pertinente referir a importância dos familiares, quando presentes, no processo de cuidados à pessoa vítima de AVC, no sentido em que são cruciais para uma adequada colheita de dados, permitindo perceber a hora do início dos sintomas, sendo esta informação decisiva para a tomada de decisão na

administração de terapêutica fibrinolítica (AHA, 2013). Assim sendo, todas as pessoas envolvidas no cuidar (profissionais de saúde, pessoa e família), contribuem para o mesmo através de uma participação igualitária (Boykin & Schoenhofer, 2013). A intervenção do enfermeiro é decisiva na realização de TAC CE, uma vez que este é considerado um transporte intra-hospitalar, tendo por base todos os pressupostos de um transporte à PSC, sendo que os mesmos já foram referidos anteriormente. A realização de TAC também é decisiva no sentido em que confirma o diagnóstico de AVC em fase aguda. Faz parte integrante da intervenção do enfermeiro *perito* deter conhecimento face aos fatores de inclusão e exclusão para a realização da trombólise, uma vez que em colaboração com o neurologista, deve saber qual a dosagem a administrar se existir indicação. Tive oportunidade de prestar cuidados a uma PSC vítima de AVC em fase aguda, na fase do tratamento, uma vez que houve indicação para realização de trombólise, na qual pude observar a preparação do fármaco e os cuidados a ter na administração de rtPA, no entanto, por não ser um dia de prevenção do hospital em questão, foi otimizado o transporte para um hospital de outro Centro Hospitalar, pelo que não foi possível vigiar e monitorizar as possíveis complicações de poderiam decorrer do tratamento.

Por constatar que uma das lacunas existentes no meu contexto de trabalho é a intervenção do enfermeiro face a situações de urgência/emergência, por não serem comuns na prática diária dos cuidados, considerei pertinente realizar uma ação de formação aos pares (Apêndice VI), sendo que a mesma foi subsidiada pelas competências adquiridas e desenvolvidas no curso de SAV bem como no contexto de estágio de SU.

Decorrente desta ação de formação, elaborei também uma instrução de trabalho para a realização do teste semanal do monitor desfibrilhador *Lifepack 9* (Apêndice VII) com o intuito de garantir a operacionalidade do mesmo. Pretende-se, desta forma, que todos os elementos da equipa de enfermagem tenham um contacto permanente e se familiarizem com o carro de emergência, nomeadamente no que diz respeito ao monitor, materiais e terapêutica disponível no mesmo, contribuindo para a uniformização das intervenções de enfermagem neste âmbito. Neste sentido, considero que a padronização adequada das intervenções de enfermagem sob a forma de protocolo/instrução de trabalho, pretende uma atuação com maior segurança, redução de variabilidade de ações, suportando a tomada de decisão o



que facilita o desenvolvimento de indicadores de processo, dissemina o conhecimento, a comunicação e a coordenação do cuidado (D'Antonio, Beeber, Sills, & Naegle, 2014).

Decorrente do contexto de estágio em SU, houve uma mudança evidente na minha atuação no que diz respeito à PSC em risco de falência multiorgânica ou em PCR, uma vez que houve uma sistematização da abordagem necessária nestas situações específicas, após a assimilação de conceitos chave, bem como a intervenção proativa junto dos protocolos e algoritmos inerentes ao contexto de SU. Destaco ainda a importância do *agir antecipado*, de acordo com a deteção de possíveis riscos e complicações da PSC, pelo que se torna essencial uma vigilância e monitorização permanente da PSC, de acordo com a tecnologia disponível no contexto (Benner *et al*, 2011). Esta competência foi desenvolvida através da prestação direta de cuidados à PSC e família e através de uma reflexão fomentada e criteriosa, em conjunto com a enfermeira orientadora, permitindo gerar aprendizagens essenciais para alterar comportamentos por forma a otimizar os cuidados prestados e, assim, contribuir para uma prática de excelência.

## **2.2. Intervenção Especializada de Enfermagem à PSC em Contexto de UCI**

As UCI's são serviços que têm como objetivo major dar resposta às necessidades da PSC, assegurando nas 24 horas do dia a responsabilidade integral pelas pessoas com disfunção e/ou falência de órgãos nelas internadas, com a capacidade de monitorização, avaliação, diagnóstico e intervenção (DGS, 2003; Urden *et al*, 2008). Desta forma, são unidades providas de vigilância intensiva, composta por uma diversidade de meios tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, sendo lideradas por uma equipa multidisciplinar treinada para responder prontamente e eficazmente às necessidades específicas da pessoa (Ponce, 2002), nas quais é premente a competência tecnológica, pelo que a mesma se baseia num processo dinâmico e contínuo, sendo necessário um domínio sobre os equipamentos utilizados na prestação de cuidados por forma a otimizar o processo

de cuidados e, consequentemente, promover melhores *outcomes* (Locsin, 2005; 2013). Assim, cuidar em enfermagem exige conhecer a pessoa como um todo, numa determinada situação particular, naquele momento, devendo ser facilitada pela tecnologia (Locsin, 2005), uma vez que apenas com uma verdadeira ligação entre a tecnologia e o cuidar pode ocorrer uma relação baseada na humanidade com vista aos melhores interesses da pessoa (Hill, 2013). Contudo, a tecnologia não pode de forma alguma condicionar ou substituir o estar presente e o olhar crítico do enfermeiro na avaliação da situação, em si (Locsin, 2005).

Assim, importa conhecer os recursos tecnológicos disponíveis no contexto e a capacidade para utilização dos mesmos, pelo que a visita guiada realizada com os enfermeiros orientadores no primeiro dia de estágio revelou-se como fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado à PSC. As UCI's dos contextos de estágio, nas quais tive oportunidade de prestar cuidados, apresentam uma estrutura física facilitadora, por ser em *open space*, permitindo, desta forma, uma visualização de todas as pessoas que se encontram internadas, bem como de todos os dispositivos de monitorização, o que permitiu uma melhor adaptação, quer ao ambiente envolvente da mesma, quer aos meios tecnológicos disponíveis (Roosmalen, 2010). Estes fatores foram fundamentais para uma maior segurança e adequada vigilância na minha prestação de cuidados.

Da equipa de enfermagem da UCI é esperado o domínio do mundo tecnológico, dos meios avançados de suporte de vida, a mobilização dos conhecimentos inerentes às diversas patologias e áreas de especialidade recebidas pelo serviço, mas também uma componente comunicacional, humana e holística inquestionável face às necessidades da pessoa/família. Numa primeira instância, o grande desafio que se impôs nos primeiros dias de prestação de cuidados em ambiente de UCI foi a abstração da envolvente altamente tecnológica, repleta de alarmes e o aproximar mais da pessoa e das suas necessidades específicas, no sentido de integrar todas as componentes, visando uma prestação de cuidados baseada numa abordagem individualizada.

Facilmente, os enfermeiros que trabalham em UCI são absorvidos pela técnica, protocolos existentes, alarmes e rotinas inerentes e indispensáveis para a manutenção da estabilidade fisiológica da PSC (DGS, 2003). No entanto,

considero que este desafio foi superado da melhor forma possível, tendo em conta o processo de integração, sendo este gradual, uma vez que tive o privilégio de realizar todos os turnos com os enfermeiros orientadores, o que se revelou crucial para o desenvolvimento/aquisição de competências, na medida em que houve um fio condutor no percurso, permitindo uma partilha de experiências constantes, facilitando, desta forma a integração. A relação estabelecida com os vários elementos da equipa de enfermagem e médicos também foi um fator facilitador, que determinou uma partilha de conhecimentos tendo em consideração a prestação de cuidados em cada momento, adequando à situação específica da pessoa.

#### 2.2.1. Intervenção Especializada de Enfermagem à PSC em Contexto de UCIP

A UCI do contexto de estágio é constituída pela UCIP e pela UAD (Unidade de Alta Dependência), sendo que a última tem como objetivo fundamental o tratamento de pessoas vítimas de AVC na fase aguda na medida em que, em ambiente de cuidados intensivos, tem como intuito diminuir a mortalidade e minimizar as complicações. No entanto, é importante salientar que a casuística de pessoas que vivenciam AVC é muito reduzida, pelo que na UAD são admitidas pessoas que não exigem uma vigilância tão criteriosa como na UCI.

No decorrer do percurso do estágio tive oportunidade de realizar turnos ao longo das 24 horas percebendo que, apesar das rotinas instituídas, a dinâmica pode ser alterada de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa ou mesmo tendo em conta as necessidades que possam ser identificadas no serviço de urgência/outros serviços, podendo haver a possibilidade de otimizar transferências por forma a serem admitidas pessoas mais instáveis e em situação crítica, que se encontram dependentes dos cuidados que poderão vir a ser prestados numa UCI.

No que diz respeito à aquisição de competências no âmbito da gestão, o facto do enfermeiro orientador ser muitas vezes o responsável de turno, permitiu-me adquirir conhecimentos de como gerir uma UCI, tendo em conta a especificidade deste serviço e a complexidade da situação das pessoas que se encontram

internadas na mesma, sendo por isso importante ter em conta qual o enfermeiro que fica responsável por assegurar os cuidados a determinadas pessoas, de acordo com a complexidade e gravidade da sua situação, bem como a gestão de recursos materiais, tecnológicos ou mesmo terapêutica, sendo essencial o contacto com a farmácia para que a administração de terapêutica seja garantida. As dimensões de gestão estão inerentes aos demais eixos do exercício profissional dos enfermeiros, sendo essenciais para a efetivação da prática dos cuidados, tendo em atenção as necessidades da PSC (Santos, Garlet & Lima, 2010), levando a uma prática mais segura e de excelência. Desta forma, torna-se necessário que o enfermeiro *perito* também adquira competências na área da gestão, no que diz respeito à prestação de cuidados, comunicação interpessoal e relação terapêutica (OE 2011a).

Relacionado com a gestão encontra-se também a priorização dos cuidados prestados à PSC, sendo para isso fulcral uma abordagem e avaliação sistematizada da pessoa, intervindo de forma a antecipar e minimizar riscos/complicações. Neste sentido, considero que esta aquisição de competências foi uma mais valia para o meu desenvolvimento enquanto profissional, uma vez que também exerço funções no meu contexto profissional como responsável de turno, mostrando-me, assim, outras perspetivas de como priorizar intervenções, indo ao encontro das necessidades da pessoa/serviço. Considero que através da observação direta do enfermeiro orientador nos processos de liderança e tomada de decisão, consegui adquirir bases que sustentem a minha atuação enquanto enfermeira responsável de turno, conseguindo, por isso, uma mudança relevante na minha prática de cuidados, no sentido de uma adaptação dos recursos face às situações presentes, bem como de uma comunicação assertiva que me permita um processo de liderança adequado à priorização das necessidades encontradas. É importante referir que o exercício profissional de enfermagem requer que a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício autónomo implique uma abordagem sistémica e sistemática, através da identificação e avaliação das necessidades reais da PSC, pelo que a mesma deve ser tomada com racionalidade, competência e consciência para que se alcance o objetivo esperado ou mais próximo dele (Nunes, 2007).

Numa UCI, no qual o ambiente é tecnologicamente avançado, muitos foram os desafios que foram surgindo. No entanto, depreendi ao longo do meu percurso

em contexto de estágio que ao permanecer mais segura acerca da tecnologia envolvente, nomeadamente no que diz respeito à gestão de alterações associadas à ventilação mecânica, interpretação de parâmetros da mesma e consequente relação com a situação clínica, coloquei um maior enfoque na relação com a PSC, estando assim mais disponível para poder responder eficazmente aos objetivos anteriormente estabelecidos. A gestão e domínio dos equipamentos, num meio tecnológico como a UCI, bem como o conhecimento abrangente das modalidades ventilatórias, funções do ventilador e métodos de resolução de problemas relacionados com a adaptação ao mesmo, promovem o cuidado centrado na pessoa (Grossbach, Chlan & Tracy, 2011). Assim sendo, considero que a minha intervenção neste âmbito se destacou pela necessidade de realizar pesquisa com base na evidência científica, acerca das modalidades ventilatória específicas, adaptadas à condição e tolerância da pessoa.

A participação proativa em diferentes modalidades terapêuticas (procedimentos invasivos) também foi uma experiência nova como por exemplo a colocação de linha arterial, otimização de via aérea artificial através de entubação orotraqueal/nasotraqueal, realização de toracocentese, o que me permitiu perceber como é importante a intervenção do enfermeiro, de forma a minimizar os riscos/complicações/iatrogenias que possam advir destes processos sendo, por isso, essencial que o enfermeiro esteja desperto para identificar as mesmas (OE, 2015). Mais do que a competência técnica, a necessidade de atualização constante, com uma prática baseada na evidência em virtude da qualidade dos cuidados, incorporando na prática resultados da investigação válidos e relevantes, demonstram a capacidade de reagir em situações imprevistas e complexas, por forma a tomar decisões fundamentadas (OE 2011a, 2011b).

O cuidado à PSC com alteração do estado de consciência no que concerne à deteção de atividade convulsiva também é uma técnica recorrente na UCIP, sendo que a mesma requer intervenções que se encontram também dependentes da atuação de outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente o médico, sendo por isso necessário recorrer ao eletroencefalograma (EEG) contínuo para deteção de alterações nas ondas de traçado eletroencefalográfico, por forma a detetar atividade epilética (Roux, Menon, Citerio et al, 2014). Enquanto enfermeiro

*perito*, importa dominar a tecnologia de monitorização de EEG conseguindo, desta forma, interpretar as alterações nas respetivas ondas eletroencefalográficas, reconhecendo potenciais focos de lesão cerebral, sendo importante comunicar à equipa médica as alterações decorrentes do exame.

A administração de terapêutica constituiu-se também como um desafio que considero que foi ultrapassado da melhor forma possível através da pesquisa bibliográfica, na medida em que todo o processo de administração requer um conhecimento profundo, tendo em conta as suas indicações, diluições, relação com o estado de saúde e possíveis efeitos secundários, sendo que a antecipação da preparação da mesma, nomeadamente das terapêutica em perfusão, poderá ser decisivo para impedir um agravamento do estado clínico da pessoa, como por exemplo a administração de terapêutica vasopressora como noradrenalina ou dobutamina. Estes princípios remetem para o conceito de segurança associado à prática especializada e efetiva dos cuidados de enfermagem, com vista à melhoria dos *outcomes*. Assim, a segurança constitui-se como um dos elementos primordiais da qualidade em saúde (Ministério da Saúde, 2015). No que concerne à administração de terapêutica importa referir que tive contacto com determinados fármacos pela primeira vez, sendo por isso fundamental mobilizar alguns dos conceitos e conhecimentos adquiridos ao longo das temáticas de mestrado lecionadas no sentido de promover uma prática segura, visando a qualidade dos cuidados, por exemplo, a prestação direta de cuidados a uma PSC que tinha sofrido uma amputação do membro inferior, encontrando-se com perdas hemáticas abundantes e consequente instabilidade hemodinâmica. Desta forma, foi imperativa uma intervenção na procura dos sinais de instabilidade e da avaliação pormenorizada e sistemática, numa abordagem ABCD (American College of Surgeons, 2012), decorrente das competências desenvolvidas no curso de ATCN (padrão respiratório, sinais vitais, coloração da pele, tempo de preenchimento capilar, permitir a hemostase através da realização do penso à ferida cirúrgica). Nesta situação foi também possível ter contacto com uma transfusão de hemoderivados em massa, ficando assim familiarizada com as folhas de registo específicas destes fármacos e quais os procedimentos a adotar.

Numa UCI torna-se imperativo a gestão diferenciada e eficaz da dor, na medida em que esta influencia o estado de saúde-doença e a estabilidade clínica da PSC. A dor é considerada o 5º sinal vital, pelo que necessita de uma monitorização e vigilância sistemática, através da implementação de instrumentos de avaliação da dor e protocolos terapêuticos, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo por base intervenções interdependentes e autónomas (OE, 2015). Neste contexto prático muitas vezes estamos perante pessoas que apresentam alteração do estado de consciência ou da comunicação verbal, sendo essencial a utilização de escalas de monitorização da dor. No contexto de estágio tive oportunidade de contactar com a *Behavioral Pain Scale* (BPS), que avalia a **expressão facial; avaliação dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica**, sendo esta considerada como uma ferramenta útil, fidedigna, que garante uma mensuração objetiva, com benefícios reais para a PSC na medida em que produz um indicador do estado clínico da pessoa e da qualidade dos cuidados de enfermagem (SPCI, 2012). Concomitantemente, é fulcral avaliar a presença de sinais evidentes de desconforto através da vigilância dos restantes sinais vitais por forma a identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, realizando assim uma gestão diferenciada da dor na PSC (OE, 2011b). A vigilância é assim encarada como uma importante estratégia utilizada pelos enfermeiros para melhorar os *outcomes*, em particular no que diz respeito à segurança. A função de diagnóstico e vigilância cada vez mais acrescida tem relação direta com o incremento de tratamentos e técnicas, considerando assim existir “margens de segurança estreitas”, sendo que a deteção de sinais de alarme numa fase precoce por parte dos enfermeiros de UCI, é essencial (Benner, 2001). Os pressupostos inerentes à intervenção do enfermeiro na gestão e controlo da dor foram depreendidos como fundamentais no contexto profissional da minha prática de cuidados, uma vez que considero que houve uma alteração significativa no que concerne à preocupação constante de realizar uma avaliação sistematizada, adotando estratégias por forma a responder às necessidades específicas da pessoa alvo de cuidados.

A perspetiva de fim de vida foi uma realidade no contexto de estágio da UCIP, pelo que direcionei a minha intervenção nesse sentido. Muitas das vezes, perante um internamento em UCI, a visão de irreversibilidade da situação está incutida pela sociedade, pelo que se torna premente intervir junto da família, no que diz respeito à

gestão de emoções, medos e angústias, tendo em conta a gravidade e o impacto que caracterizam as mesmas nos processos de transição que acabam de se instalar no seio da família. É neste sentido que a família é um elo fundamental na arte do cuidar, sendo esta um dos elementos constituintes do triângulo terapêutico. O enfermeiro é considerado o profissional mais atento às necessidades reais demonstradas pela família, na medida em que tem a capacidade de adequar o seu cuidado, sendo este um cuidado centrado na pessoa, numa corrente de holismo e humanismo. Assim sendo, tendo em conta o cuidado centrado na pessoa, conhecer a PSC e as pessoas significativas é um requisito fundamental para o processo, com o objetivo de atingir determinados resultados, como a satisfação e envolvimento nos cuidados, sensação de bem-estar e criação de um ambiente terapêutico (McCormack & McCance, 2006). Desta forma, é fulcral a intervenção do enfermeiro na aproximação e disponibilidade através da escuta ativa, promovendo todo o processo de interiorização de acordo com os conhecimentos prévios que estas pessoas detenham, uma vez que a utilização de habilidades de relação de ajuda facilita o processo de luto e a morte digna (OE, 2015). É desta forma que os cuidados à pessoa em fim de vida deverão ser cuidados específicos, individualizados e adequados no sentido de proporcionarem uma *boa morte* à pessoa, junto da sua família e na sua comunidade. Para isso, é imperativo que todos os profissionais de saúde aceitem que, por vezes, não é possível tratar e curar mas que, nessas situações, é possível construir um processo de morrer humanizado e individualizado preservando o valor da identidade pessoal (Cerqueira, 2010).

Ao longo do contexto de estágio, considero que guiei a minha conduta tendo por base o Código Deontológico e o REPE (OE 2009, 2012), sendo que considero que houve uma situação particular que marcou a minha prestação de cuidados e contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de competências. Mesmo em situação crítica, o enfermeiro é o profissional mais dotado para intervir numa perspetiva de promover o bem-estar da pessoa, o conforto, a dignidade, privacidade e intimidade, estando implícito que no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2009). Desta forma, tive oportunidade de prestar cuidados a uma pessoa Testemunha de Jeová, que se encontrava hemodinamicamente instável, com necessidade urgente de



administração de hemoderivados, sendo estes cruciais para a sua recuperação. No entanto, mesmo depois de explicados os benefícios do tratamento de forma a promover a sua reabilitação/qualidade de vida, de acordo com as suas crenças e valores, este não seria uma opção. A intervenção do enfermeiro deve ter sempre por base os pressupostos da enfermagem, uma vez que deve respeitar a individualidade da pessoa de quem cuida, tendo em conta os fatores que influenciam a individualidade de vida de cada pessoa, nomeadamente os fatores socioculturais, nos quais está inserida a religião, sendo que a mesma pode exercer uma influência considerável no comportamento da pessoa, na medida em que oferece uma identidade ou a criação de laços comunitários (Roper, Logan & Tierney, 2001). A teoria de Leininger corrobora no ideal do holismo, no qual o enfermeiro envolve a pessoa na decisão das ações, sendo estas negociadas ou repadronizadas, de forma a obter um cuidado significativo para ambos. O cuidar está diretamente relacionado com a cultura do doente, sendo muito mais do que procedimentos técnicos, oferecendo subsídios que favorecem a reflexão e a autonomia para a tomada de decisão (Leininger, 2002). Desta situação específica, surgiu um jornal de aprendizagem, no qual tive oportunidade de explicar qual a posição do enfermeiro e restante equipa multidisciplinar no que diz respeito às estratégias que poderiam ser abordadas. Assim sendo, considero que numa situação futura, poderei intervir de forma diferenciada no que concerne, por exemplo, à técnica de colheita de sangue, sendo que nesta situação específica, a mesma poderia ser realizada para tubos pediátricos por forma a otimizar a quantidade de sangue resultante da colheita e, assim, existir a menor alteração possível ao nível dos valores da hemoglobina, por exemplo.

Numa UCI o transporte é um conceito que se encontra sempre presente, nomeadamente o transporte intra-hospitalar, quer para a realização de exames complementares de diagnóstico, quer para a transferência para o Bloco Operatório, pelo que tive oportunidade de acompanhar uma pessoa em situação crítica até à sala de TAC, considerando que este foi mais um momento de aprendizagem, no que diz respeito ao processo de liderança, tomada de decisão, tendo em conta a importância da antecipação de instabilidade. Os enfermeiros que participam no transporte inter-hospitalar da PSC, devem ter experiência clínica, capacidade de avaliação e pensamento crítico, para que, adotando uma postura proativa, possam

antecipar e preparar o que pode correr menos bem durante o transporte e não colocar em risco a segurança da PSC (Holleran, 2002). Houve também a possibilidade de acompanhar uma equipa médica e de enfermagem até um serviço, sendo este de Neurologia, uma vez que o *“transporte do doente crítico requer uma equipa competente que consiga manter e antecipar as necessidades do doente durante todo o processo de transporte”* (Holleran, 2002, p. 42) por forma a realizar um procedimento invasivo numa pessoa que se encontrava internada no mesmo, sendo que no momento se encontrava em situação crítica por não apresentar uma via aérea permeável, necessitando de entubação orotraqueal e, posteriormente, cuidados diferenciados. Este foi também um momento que se revelou de extrema importância para o desenvolvimento do estágio, bem como um vetor importante na reflexão das práticas, no que concerne a todos os procedimentos realizados na situação específica, mas também uma reflexão acerca da intervenção do enfermeiro do serviço em questão, permitindo, assim, em conversa com o enfermeiro orientador, perceber quais as medidas que poderiam ser tomadas para minimizar as complicações e quais as intervenções de enfermagem que deveriam ter sido adotadas tendo em conta a situação, nomeadamente um conhecimento aprofundado do funcionamento e manuseamento dos materiais disponíveis no carro de emergência, bem como a necessidade de antecipação de aspiração de secreções, por exemplo, que teriam sido benéficas para a pessoa em fase aguda e para a realização da técnica invasiva, de forma pronta e eficaz. Assim sendo, o enfermeiro deve deter conhecimento relativamente às causas major de eventos adversos, que ocorrem durante as transferências, permitindo que o mesmo seja proativo na promoção da segurança da PSC durante o transporte inter-hospitalar (OM e SPCI, 2008). Relativamente a esta temática, surgiu também a realização de um jornal de aprendizagem, que considero de extrema importância, uma vez que, para uma melhoria de cuidados é necessário que os enfermeiros detenham conhecimentos, cada vez mais atualizados e também produzam conhecimentos, através da melhor evidência disponível, respondendo aos desafios que vão surgindo. É neste sentido que esta aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências permite ao enfermeiro uma maior autonomia, pensamento crítico, responsabilidade, eficácia e segurança na tomada de decisão.

No que diz respeito à competência da dinâmica da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, uma das estratégias para atingir a mesma foi a realização de uma reflexão criteriosa de um Plano de Emergência Interno da UCIP que tem como objetivo estruturar e organizar os recursos humanos e materiais existentes no serviço de uma forma integrada, de modo a responder de uma forma rápida e coordenada numa situação de emergência, no caso de existir a necessidade de realizar a evacuação do serviço. No que diz respeito ao que se encontra protocolado e de acordo com a pesquisa que realizei, bem como da mobilização dos conhecimentos adquiridos na UC do mestrado Intervenção em Situação de Urgência, Emergência e Catástrofe, considero que o mesmo vai ao encontro do que se encontra legislado. É essencial estabelecer previamente critérios de classificação das pessoas internadas, sendo estes baseados em 2 fatores: o prognóstico e a situação clínica e necessidade de suporte ventilatório no momento da evacuação (DGS, 2010b). Esta classificação deverá ser realizada diariamente na folha de registo de enfermagem, sendo a mesma essencial para indicar a ordem de evacuação, o local para o qual será evacuado, bem como o equipamento necessário para a realização do transporte (DGS, 2010b). Nesta situação, a intervenção do enfermeiro passa muito pela prevenção e pela otimização de todos os recursos necessários para um transporte realizado em segurança, nomeadamente testar ventilador de transporte; reserva de oxigénio suficiente; bateria elétrica assegurada de todos os equipamentos (ex: monitor, ventilador e seringas infusoras).

No que concerne ao controlo e prevenção da infeção, considero que a experiência que adquiri neste contexto clínico revelou-se fundamental para a mudança das minhas práticas, nomeadamente no que diz respeito à prestação direta de cuidados. O facto de estar a ser elaborado um protocolo na UCIP face à importância dos cuidados de enfermagem na prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), sendo esta a pneumonia mais frequente nas pessoas submetidas a ventilação mecânica, responsável por internamentos hospitalares mais prolongados e taxas de mortalidade mais elevadas (Marcelino, 2008; DGS, 2015a), foi decisivo na consciencialização dos seus benefícios, uma vez que considero que poderão ser práticas mobilizadas também para as situações comuns da minha prestação de cuidados, podendo, desta forma, reduzir em muito as infeções respiratórias e as pneumonias. Decorrente deste protocolo e tendo em conta as recomendações da

DGS (2015), tive oportunidade de intervir na prestação de cuidados às pessoas que se encontravam com ventilação mecânica, nomeadamente no que diz respeito:

- Higienização das mãos, de acordo com os 5 momentos preconizados (DGS, 2010c);
- Manter a cabeceira da cama elevada num ângulo  $\geq 30^\circ$ ;
- Realização da higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, uma vez por turno;
- Manter os circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;
- Manter pressão do *cuff* do tubo orotraqueal entre 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O.

O controlo e prevenção de infeção à PSC é um dos domínios no qual o enfermeiro *perito* deve responder eficazmente, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, de acordo com a complexidade das situações e diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica (OE, 2011b). O desenvolvimento do processo de prevenção e controlo de infeção beneficia de uma abordagem em equipa multidisciplinar, considerando que o enfermeiro é o principal responsável por promover a mudança de práticas, nomeadamente no que diz respeito à utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e da sua importância na prestação de cuidados, tendo em vista a diminuição de incidência de IACS nas pessoas que se encontram internadas. Os conhecimentos adquiridos da experiência prática deste contexto de estágio permitiram uma mudança de comportamento no meu contexto profissional, demonstrando a necessidade de alterar a forma como intervinha em determinadas situações, como por exemplo, na manutenção do cateter venoso central (CVC) (DGS, 2015), no que diz respeito à utilização de uma técnica assética na realização do penso/tratamento do mesmo.

De acordo com a temática do meu projeto foi planeada a realização de formações/implementação de protocolos consoante as necessidades do serviço. Neste sentido, foi proposto pela enfermeira coordenadora e pelo enfermeiro orientador a elaboração de um protocolo direcionado para a intervenção de enfermagem na VVAVC na UCIP. “A formação é um elemento determinante da

qualidade, sendo a sua função essencial a abertura dos profissionais com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e portadora de sentido” (Hesbeen, 2001,p.67). Neste sentido, aceitei de imediato, podendo, desta forma, mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas no contexto de estágio do SU no que diz respeito à intervenção de enfermagem e sua importância na VVAVC, fundamentando o mesmo com dados relevantes provenientes da RIL que realizei para a elaboração do projeto. Decorrente deste protocolo “*Protocolo Via Verde AVC - Sistematização dos Cuidados à pessoa que vivencia AVC na UCIP*” (Apêndice VIII), será produzida, posteriormente, uma Instrução de Trabalho que dependerá apenas da aprovação da Enfermeira Chefe, sendo que a mesma se tornará essencial para a sistematização dos cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de AVC. Assim, para uma melhor visualização e uma esquematização das intervenções, foi realizado um fluxograma (Apêndice IX), que será colocado na sala de trabalho, para que fique exposto e todos os enfermeiros tenham acesso ao mesmo.

Embora a UAD seja uma unidade com o principal objetivo de prestar cuidados à pessoa na fase aguda do AVC, não tive oportunidade de experienciar uma situação relacionada com a minha temática de projeto. No entanto, considero que, uma vez que realizei estágio numa UAVC, este não tenha sido um obstáculo. Assim, embora não tenha prestado cuidados a uma pessoa vítima de AVC que se encontre numa fase aguda, a abordagem e avaliação de uma pessoa em situação crítica foi uma constante, podendo priorizar e intervir de acordo com as reais necessidades identificadas, mantendo o cuidado centrado na pessoa, integrando de uma forma constante a tecnologia como uma ferramenta que promove a segurança (Locsin, 2005; Boykin & Schoenhofer, 2013). Considero que a variedade de experiências com pessoas a vivenciarem processos complexos de situação crítica foram essenciais para atingir os objetivos a que me propus inicialmente, desenvolvendo, desta forma, um raciocínio crítico e uma reflexão constante, de acordo com a evidência disponível, de modo a intervir de uma forma sustentada e permitir a prática de uma enfermagem avançada.

### 2.1.2. Intervenção Especializada de Enfermagem à PSC em Contexto de UAVC

A UAVC na qual tive oportunidade de desenvolver e adquirir competências no âmbito da temática selecionada é designada como Unidade Cerebrovascular (UCV), que tem como principal pressuposto o tratamento de pessoas que vivenciam um AVC na fase aguda, de forma a minimizar as possíveis complicações e habilitar a pessoa para a sua recuperação/reabilitação. Neste sentido, torna-se pertinente referir que o desenvolvimento deste estágio se revelou extremamente importante na medida em que respondeu aos objetivos da temática de projeto anteriormente mencionados, tendo sido crucial para a aquisição de conhecimentos e a mobilização de conceitos fundamentais para a promoção da continuidade de cuidados à pessoa que vivencia um AVC, capacitando, assim, a mudança na minha prática de cuidados no contexto profissional no qual me encontro inserida.

A integração na equipa multidisciplinar foi facilitada por toda a equipa, sendo que todos os técnicos de saúde se mostraram disponíveis, estimulando a integração plena na equipa ao longo do estágio. A enfermeira orientadora colocava-me questões conducentes à reflexão, discutindo as situações que iam ocorrendo, efetuando um *debriefing*, sempre que tal se justificava, nomeadamente após situações mais complexas. Esta dinâmica foi sempre desencadeada no sentido de estimular e promover o crescimento pessoal e profissional, o que considero que foi essencial. A mobilização dos conhecimentos adquiridos e sedimentados nos estágios anteriores também foram cruciais para o progresso de integração, no sentido em que a monitorização contínua e os meios tecnológicos adotados na UCV, por exemplo, não se revelaram uma novidade, o que promoveu uma segurança nos cuidados prestados.

Considero que no decorrer do estágio foi possível adequar a minha intervenção de acordo com as necessidades identificadas para a situação específica de cada pessoa, havendo a oportunidade de experienciar situações nas quais foi necessário priorizar a intervenção, tratando-se mesmo de uma intervenção na área da pessoa em situação crítica, sendo que para tal é necessária uma gestão adequada dos cuidados prestados. Neste sentido, no que diz respeito aos cuidados específicos

prestados a uma pessoa que vivencia um AVC, considero que uma abordagem e avaliação sistematizada da pessoa são essenciais para que possam ser minimizados os riscos/complicações, pelo que a avaliação neurológica realizada em todos os turnos é fundamental para que o enfermeiro esteja atento a todas as alterações que possam acontecer e, desta forma, intervir de forma a não comprometer a recuperação desta pessoa (AHA, 2013). Para que esta avaliação fosse realizada da melhor forma possível, tive de estudar e aprofundar conhecimentos que se encontram relacionados com o AVC, nomeadamente no que diz respeito à constituição do cérebro (artérias e localização das mesmas), bem como das possíveis lesões que poderão ocorrer e relacionar as mesmas com os défices neurológicos apresentados. A avaliação neurológica constituiu-se como uma intervenção específica e essencial para detetar os défices neurológicos e prevenir as LCS's, sendo que a mesma é realizada através da Escala de NIHSS. Este foi mais um desafio que ultrapassei da melhor forma possível, na medida em que, no final do estágio, me senti segura por realizar uma avaliação sistematizada. No que diz respeito à utilização da Escala de NIHSS, esta revelou-se como uma “ferramenta” fundamental no que diz respeito à intervenção de enfermagem à pessoa vítima de AVC, pelo que, através da enfermeira orientadora, tive conhecimento de que poderia obter uma certificação da mesma, através de uma plataforma *e-learning*, de acordo com um programa do *National Institute of Neurological Disorders And Stroke*, sendo que este é o primeiro programa de certificação electrónico, validado e desenvolvido especificamente para o uso global através da Internet (Anexo IV). Assim sendo, este programa tem como objetivos primordiais:

- Identificar e avaliar os défices neurológicos em pessoas que vivenciam um AVC;
- Compreender a escala para quantificar os défices neurológicos em pessoas com AVC;
- Aplicar consistentemente pontuações apropriadas na avaliação de défices neurológicos em pessoas com AVC;
- Utilizar a escala para avaliar a evolução dos défices neurológicos ao longo do tempo.

Esta avaliação sistematizada e concomitante utilização da escala foi um instrumento essencial para incentivar a mudança de comportamento no meu contexto profissional, demonstrando a necessidade de atualizar procedimentos ou mesmo intervir de forma diferenciada junto das pessoas que vivenciam um AVC, promovendo, desta forma, o melhor *outcome* neurológico, despertando o enfermeiro para as possíveis complicações, prevenindo desta forma o agravamento da lesão cerebral ou a ocorrência de LCS.

Numa UAVC, na qual existe uma vigilância contínua relativamente aos parâmetros vitais e ao estado neurológico da pessoa, a realização de exames complementares de diagnóstico (ECD), como a TAC ou RM são uma constante, sendo estes apenas para controlo ou também realizados em situação de urgência para despiste de agravamento da LCS. Assim sendo, o transporte é também um conceito que se encontra sempre presente, nomeadamente o transporte intra-hospitalar, tal como havia acontecido no campo de estágio anterior. Deste modo, tive oportunidade de mobilizar alguns dos conhecimentos adquiridos no estágio anterior tendo em conta esta temática. No entanto, todas as situações são extremamente importantes para o processo de aprendizagem e para desenvolver competências relativamente ao processo de liderança e de tomada de decisão, de forma a prevenir complicações de acordo com os sinais de instabilidade que a pessoa transmite aquando a avaliação do enfermeiro. Tendo em conta os ECD realizados na UCV, tive também oportunidade de assistir à realização de doppler (transcraniano e dos vasos do pescoço) e eco-transtorácico, sendo que as técnicas de cardiopneumologia se mostraram sempre disponíveis para explicar a forma como realizavam os mesmos, bem como as alterações detetadas. É neste sentido que considero que na UCV o trabalho de equipa é fundamental para que exista uma evolução favorável no estado clínico da PSC vítima de AVC, no sentido em que um dos pressupostos da UAVC é a existência de uma equipa multidisciplinar que permita um cuidado adequado na fase aguda do AVC, através de uma comunicação e coordenação, sendo estas fundamentais para promover a eficácia e eficiência na reabilitação da pessoa (SPAVC, 2011). Assim sendo, o trabalho de equipa é um dos pilares da intervenção dos profissionais de saúde da UCV, sendo que todos trabalham em parceria. O trabalho de equipa objetiva a atuação eficaz no sentido de uma prestação de cuidados com qualidade, sendo que numa situação de urgência o



trabalho de equipa é fundamental e está na base do sucesso da intervenção (Kuliukas *et al*, 2009). Assim sendo, este é notório aquando a passagem de turno dos médicos, no qual se encontra presente a equipa de enfermagem e as técnicas de cardiopneumologia, sendo que as situações são, muitas vezes, discutidas em equipa, tendo em conta a avaliação que os enfermeiros fazem relativamente a determinada situação específica.

Com base na mobilização de conhecimentos e habilidades múltiplas por forma a responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da PSC (OE, 2011b), a intervenção especializada de enfermagem passa pelo domínio da identificação de focos de instabilidade que, posteriormente levarão a uma prática segura e individualizada dos cuidados. Nesta premissa, recorro a uma situação específica na qual intervi de forma proativa, em colaboração com a enfermeira orientadora. Um senhor que foi admitido na UCV com diagnóstico de AVC Isquémico, com um score 14 na GCS, apresentando como défices motores uma plegia do hemicorpo direito. Durante a prestação de cuidados e consequente avaliação neurológica da escala de NIHSS pude constatar que apresentava uma anisocoria evidenciada, sendo que aquando nova reavaliação da GCS apresentava um score 9. De forma imediata foi alertada a equipa médica e otimizada a transferência para a realização dos ECD necessários de acordo com as necessidades específicas decorrentes desta situação, sendo que através dos mesmos foi confirmada uma LCS, com indicação para intervenção cirúrgica. Neste sentido, importa referir que a intervenção de enfermagem foi crucial para a deteção de sinais de alerta e consequente agravamento da lesão cerebral.

Para uma prestação de cuidados de enfermagem especializada e posterior reflexão sustentada da mesma, realizei um estudo de caso, centrado nas necessidades reais da PSC vítima de AVC, bem como dos seus familiares. Um estudo de caso consiste num método que permite um desenvolvimento de um conhecimento próprio em enfermagem, tendo como base o processo de enfermagem, no qual através de uma situação observada, o enfermeiro deve identificar os fatores causais e fundamentar as suas ações, efetuando um diagnóstico e planeamento de cuidados, proporcionando, assim, uma intervenção direcionada para as necessidades específicas da pessoa alvo de cuidados

(Amendoeira, 2000; Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Assim sendo, para a realização deste estudo de caso e para responder ao planeamento de cuidados individualizado, através da recolha dos dados, planeamento, intervenções e avaliação das mesmas (Urden, 2008), utilizei a taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Herdman, 2012). Apesar das especificidades da situação da PSC vítima de AVC e de prestar cuidados de enfermagem individualizados, um dos diagnósticos primordiais que promove o melhor *outcome* neurológico é: Perfusão Tecidual Cerebral Ineficaz, cujo resultado esperado será a promoção de um fluxo sanguíneo adequado aos vasos cerebrais, por forma a prevenir a hipoperfusão cerebral e consequente agravamento da lesão cerebral. Neste sentido, o enfermeiro deve prestar cuidados através das intervenções autónomas e interdependentes. No que diz respeito às intervenções autónomas, estas são uma constante junto das pessoas internadas na UCV como por exemplo: **avaliação do score neurológico e avaliação das pupilas; avaliação hemodinâmica e promoção de oxigenação adequada; controlo da glicémia capilar, da temperatura corporal e da dor e a otimização da cabeceira da cama a 30°.**

Para que exista uma visibilidade destas intervenções, nomeadamente as intervenções autónomas, as mesmas devem ser documentadas através dos registos, sendo que os mesmos oferecem visibilidade e credibilidade. Assim sendo, no âmbito dos cuidados especializados

“a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica” (OE, 2015,p.17243).

Estes registos permitem identificar a evolução clínica da pessoa, de acordo com os cuidados prestados e sua posterior avaliação, sendo que a sua sistematização é fundamental para a especificidade e intensidade do cuidado. Na UCV os registos são efetuados informaticamente através do aplicativo *SClinico*, sendo este o aplicativo informático utilizado no meu contexto profissional, pelo que não se constituiu como uma barreira na aprendizagem, mas sim como uma mais valia, uma vez que trouxe benefícios para a minha prática de cuidados relativamente ao processo de enfermagem (focos e intervenções de enfermagem) adequado às

peessoas que vivenciam um AVC, sendo que neste momento, o mesmo é direcionado para as necessidades específicas da pessoa, sendo mais perceptível qual a intervenção realizada junto daquela pessoa e qual a sua evolução clínica. Associado aos registos está implícita a utilização de tecnologia, que tem vindo a aumentar a segurança e qualidade dos cuidados, pois subsidia na deteção precoce dos sinais de alerta, pelo que se torna fulcral o enfermeiro *perito* dominar a utilização destes meios (Benner, 2001). Ao longo da prestação de cuidados, houve uma partilha constante face à elaboração dos registos, sendo que considero que a enfermeira orientadora também teve em consideração a minha experiência e domínio na elaboração do processo de cuidados centrado na pessoa.

No âmbito da temática de projeto, tive oportunidade de acompanhar várias situações nas quais foram ativadas a VVAVC, sendo que considero que toda a abordagem inicial é realizada de uma forma sistematizada e eficiente, na medida em que o enfermeiro se assume como fundamental para que todo este processo possa acontecer de acordo com as necessidades identificadas e que o mesmo responde de uma forma eficaz às medidas protocoladas pela DGS (2007) no que diz respeito à VVAVC. Neste seguimento, também a rapidez e segurança de intervenção do enfermeiro é considerada como uma mais valia para a melhoria do *outcome* neurológico da pessoa, uma vez que quanto mais prévia a administração da terapêutica (rtPa), maior a sua eficácia, aumentando, desta forma, a probabilidade de reversão dos défices neurológicos identificados (SPAVC 2011; AHA, 2013). Foi possível o acompanhamento de uma PSC em fase aguda de AVC, desde o momento da sua admissão no SU até ao momento da prestação de cuidados na UCV (pré-tratamento, durante e pós-tratamento), no qual realço a oportunidade de intervir de forma proativa aquando a realização da angiografia, na qual estive acompanhada por uma enfermeira que me explicou todo o procedimento, bem como toda a intervenção de enfermagem. Neste sentido, considero que este momento foi fundamental para perceber quais os cuidados a ter após a realização da angiografia, no que concerne ao despiste de sinais de compromisso neurocirculatório, bem como importância de avaliação neurológica de forma a despistar qualquer tipo de lesão cerebral que possa ter sido provocada durante o procedimento (AHA, 2013, 2015). Deste modo, considero que as intervenções realizadas na prática de cuidados na

UCV vão ao encontro das *guidelines* preconizadas na abordagem à PSC na fase aguda do AVC, bem como da literatura que tive oportunidade de pesquisar.

No desenvolvimento deste estágio considero que foi o contexto no qual pude explanar a minha intervenção junto da família, constatando a importância do envolvimento da mesma no processo de cuidar, encarando-a quer como alvo dos cuidados, quer como recurso a mobilizar, no sentido de poder, através da família otimizar os cuidados prestados à pessoa quer no sentido de informar acerca da situação clínica atual do seu familiar. Numa primeira instância, comecei por identificar o familiar/pessoa significativa, solicitando o seu contacto e fornecimento de informações acerca da situação prévia da PSC. No decorrer do desenvolvimento de competências, existiu uma crescente segurança relativamente à tomada de decisão, quer com a família, quer com a equipa multidisciplinar. Neste sentido, houve uma intervenção sistematizada, promovendo junto da família a realização de ensinamentos no âmbito da educação para a saúde, no que concerne à alteração dos hábitos de risco, bem como dos sinais de alerta para possíveis alterações neurológicas/sinais de alerta de novo AVC (AHA, 2014). O facto de estar presente apenas no turno da manhã também permitiu um *contínuo* quer na prestação direta de cuidados, quer no apoio que o enfermeiro presta aos familiares/pessoas significativas, sendo essencial para capacitar os mesmos para a recuperação/reabilitação da pessoa que vivencia um AVC (SPAVC, 2011).

Durante a realização deste estágio, foi possível participar no IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto, tendo como tema: “Uma experiência de vida... Um saber acumulado” (Anexo V), do qual saliento a particularidade de abordar ao mesmo tempo várias temáticas em salas distintas, proporcionando ao participante selecionar a que respondesse mais eficazmente às suas necessidades de formação/aprofundamento de conhecimentos e competências. Neste sentido, a minha escolha teve em conta temas relacionados com as intervenções preconizadas na abordagem à PSC, mas também relacionado com a minha área temática de projeto, do qual destaco a palestra referente ao *Acidente Vascular Cerebral: do ictus ao tratamento*, sendo que foi crucial para permitir uma reflexão fundamentada sobre as práticas dos diferentes contextos apresentados relativamente ao local de estágio no qual me encontrava,

tendo como objetivo major fomentar a qualidade dos cuidados prestados de acordo com as exigências das UAVC's. Em colaboração com uma colega de mestrado, tive a oportunidade de elaborar um póster intitulado "Intervenção Especializada de Enfermagem ao Doente que vivencia um AVC" (Apêndice X), sob orientação da professora tutora, no qual abordámos as intervenções de enfermagem comuns à pessoa que vivencia um AVC Isquémico e Hemorrágico, por forma a responder às temáticas seleccionadas por ambas, tendo por base a RIL realizada para o projeto de estágio. Importa referir que o poster foi apresentado perante um júri, com consequente discussão (Anexo VI), tendo sido mais uma experiência enriquecedora no que diz respeito à aquisição/desenvolvimento de competências na transmissão de conhecimentos, potenciando a capacidade de comunicação desenvolvendo, desta forma, estratégias com o objetivo de clarificar a mensagem, identificando as intervenções de enfermagem que contribuem para a melhoria do *outcome* neurológico da pessoa que vivencia um AVC.



### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por forma a permitir uma melhoria contínua nos cuidados prestados, alcançando a excelência dos mesmos, a capacitação dos profissionais no âmbito do desenvolvimento de uma prática especializada, centrada nas reais necessidades da pessoa, assume-se como fulcral. Neste sentido, torna-se premente que o enfermeiro detenha um corpo de conhecimentos no domínio científico, técnico e relacional, através da melhor evidência disponível, respondendo aos desafios que vão surgindo e promovendo a humanização dos cuidados.

O presente relatório permitiu expor o percurso de aquisição/desenvolvimento de competências preconizadas para o 6º CMEEPSC, tendo por base os objetivos definidos para o mesmo (ESEL, 2010), as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em PSC (OE, 2011a, 2011b), bem como os pressupostos dos Descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2008).

Como linha orientadora do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, defini a temática **“Continuidade de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica vítima de AVC - Intervenção Especializada de Enfermagem”**, tendo por base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner (2001), no qual mobilizei todo o meu referencial teórico e prático, sendo que nesta fase do processo de aprendizagem, também foi fundamental a aquisição de novos saberes e de uma prática reflexiva mais consciente, fomentada na evidência científica, pelo que a mesma se revelou como promotora de um crescimento pessoal e profissional, com o intuito de atingir níveis de excelência de cuidar.

Benner (2001) considera que apesar de a teoria oferecer explicitação e formalização, a prática caracteriza-se por maior complexidade e fonte de maior aprendizagem. Desta forma, considero que a realização dos estágios, em ambiente de SU e UCI se constituiu como essencial, na medida em que o contexto prático me

permitiu adquirir e desenvolver as competências preconizadas no projeto de estágio, através das atividades perspectivadas, por forma a responder aos objetivos estabelecidos.

A elaboração de instrumentos de trabalho, bem como os momentos formativos, quer em contexto de estágio, quer no contexto profissional foram fundamentais para sensibilizar a intervenção dos profissionais, promovendo, desta forma, uma mudança que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne à prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica considero ter adquirido e desenvolvido competências fulcrais para o reconhecimento dos sinais de instabilidade, sendo que os mesmos, aliados aos cuidados centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006), tendo por base todos os elementos do triângulo terapêutico (pessoa, família e profissionais de saúde), foram fundamentais para minimizar os riscos e possíveis complicações. Ao longo do percurso de estágio, nas várias situações que vivenciei, planeei e adequei os cuidados de enfermagem, priorizando o cuidado em cada situação. Importa referir que sistematizei e intervi de acordo com o processo de enfermagem, desde a colheita de dados, elaboração de diagnósticos, planeamento, intervenções e avaliação dos resultados obtidos. Importa mencionar que guiei a minha atuação de acordo com os pressupostos da responsabilidade profissional, ética e legal, respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito à temática selecionada, considero que o enfermeiro *perito* na intervenção à pessoa vítima de AVC deve reunir um leque abrangente de competências no domínio profissional, ético e legal, de comunicação, gestão de recursos humanos e materiais e prevenção de complicações, na procura dos cuidados de excelência, através de intervenções interdependentes e autónomas de enfermagem especializada, que apresentam um peso crucial no *outcome* neurológico da pessoa.



Por forma a atingir a autonomia através da tomada de decisão, recorri aos conhecimentos adquiridos no âmbito das unidades curriculares, referencial teórico e pesquisa da evidência científica mais atual (RIL), sendo que os mesmos subsidiaram a minha prestação direta de cuidados à PSC e sua família. Tenho como objetivo continuar a transmitir os dados obtidos no desenvolvimento deste percurso, através da formação aos pares no meu contexto profissional, no que diz respeito aos cuidados especializados à pessoa vítima de AVC, implementando um protocolo com vista à uniformização dos cuidados prestados. Tenciono ainda realizar, se possível, a publicação dos dados obtidos na RIL e experiência prática dos contextos de estágios, em colaboração com a professora orientadora, por forma a reconhecer a importância da investigação na valorização da enfermagem especializada.

Uma das dificuldades sentidas durante a realização dos estágios em contexto clínico foi a gestão dos cuidados e priorização dos mesmos, no sentido em que a intervenção de enfermagem é díspar relativamente ao meu contexto profissional, por todos os recursos tecnológicos e ambiente envolvente. Contudo, em cada contexto foi possível expor as dúvidas e dificuldades, desenvolver pensamento crítico e reflexão fundamentada junto dos enfermeiros orientadores e outros profissionais da equipa multidisciplinar sendo que os mesmos se assumiram como vetores no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Importa referir que a ausência de experiência em contexto de SU e UCI se revelou como um desafio constante que, por todos os motivos referidos anteriormente, facilmente foi ultrapassado. Considero também que a permanência no contexto de estágio no âmbito de UAVC poderia ter sido mais alargada por forma a ter um leque de experiências mais vasto no que diz respeito à intervenção especializada de enfermagem à pessoa vítima de AVC, sendo mais fácil transpor a mesma para a continuidade dos cuidados prestados.

Tendo em conta o que foi descrito, considero que foi possível adquirir e desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, mais concretamente na continuidade de cuidados à pessoa que vivencia um AVC.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional da Saúde do Norte (ARS Norte). (2009). Comissão Regional Doente Crítico. Um ano de reflexão e mudança. Acedido: 10/06/2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Miguel\\_Soares-oliveira/publication/301561015\\_Um\\_ano\\_de\\_reflexao\\_e\\_mudanca\\_Comissao\\_Regional\\_do\\_Doente\\_Critico/links/571a0d0d08ae986b8b7c3298/Um-ano-de-reflexao-e-mudanca-Comissao-Regional-do-Doente-Critico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Soares-oliveira/publication/301561015_Um_ano_de_reflexao_e_mudanca_Comissao_Regional_do_Doente_Critico/links/571a0d0d08ae986b8b7c3298/Um-ano-de-reflexao-e-mudanca-Comissao-Regional-do-Doente-Critico.pdf)
- Alarcão, I.; Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373-382. doi:10.1590/S0104-07072005000300008
- Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem. *Nursing*.p. 8-14
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual* (Ninth Edition). Chicago: American College of Surgeons.
- American Heart Association. (2012). Oral Antithrombotic Agents for the Prevention of Stroke in Nonvalvular Atrial Fibrillation: A Science Advisory for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*. (43). P. 3442-3453;
- American Heart Association. (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association;
- American Heart Association. (2014). Evidence for Stroke Family Caregiver and Dyad Interventions A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke*. (45). p. 2836-2852;
- American Heart Association. (2015). Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke;

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. New York: Springer Publishing Company
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2000). Invest in yourself: Is There Really Time to Care? *Nursing Forum*, 35, 36–38. doi:DOI: 10.1111/j.1744-6198.2000.tb01230.x
- Boykin, A., Bulfin, S., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2013). *Nursing as Caring - A Model for Transforming Practice*. Jones and Bartlett.
- Capriotti, T; Murphy, T. (2016). Ischemic Stroke. *Home Healthcare Now*. p. 259-266
- Cavalcante, T.; Moreira, R.; Guedes, N.; Araujo, T.; Lopes, M.; Damasceno, M.; Lima, F. (2011). Nursing interventions for stroke patients: an integrative literature review. *Esc Enferm Usp*. 45 (6), p. 1486-1490
- Cerqueira, M. M. A (2010) *A pessoa em fim de vida: processo de cuidado face ao sofrimento*. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3614/2/ulsd60757\\_td\\_Maria\\_Cerqueira.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3614/2/ulsd60757_td_Maria_Cerqueira.pdf)
- D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquire*, 21(4), 311–317. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100014>
- Davis, C; Lockhart, L. (2016). Update: Stroke. *Nursing Management*. p. 24-33
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). DESCRITORES DUBLIN. Retrieved June 6, 2016, from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*.
- Direção Geral de Saúde. (2010a). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares*.

- Direção Geral de Saúde. (2010b). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2010c). Circular Normativa no 13/DQS/DSD Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015a). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação* (Vol. Número 021).
- Direção Geral da Saúde. (2015b). *“Feixe de Intervenções” da Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central* (Vol. 022/2015).
- Direção Geral de Saúde. (2016). Portugal – *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*, 1-92. Acedido: 14/08/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015->
- Direção Geral da Saúde. (2017). Via Verde AVC no adulto. 015/2017;
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Retrieved April 8, 2016, from <https://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- European Stroke Organization (2008). Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack 2008. Retrived April 8, 2016, from <https://www.karger.com/Article/Pdf/131083>
- Ferreira, A. M. & Madeira, M. Z. (2011). Thoracic Pain in Emergency Room: a Review of Literature. *Revista Interdisciplinar Novafapi*, p. 50-56.
- Flaige, R.; Sharrief, A.; Marsh, E.; Llinas, R.; Urrutia, V. (2014). Predictors of Critical Care Needs after IV Thrombolysis for Acute Ischemic Stroke. *Plos one*. 9 (2), p.1-8
- Galdeano, Rossi & Zago. (2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3),:371-5
- Godinho. N. (2017). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - normas APA e ISO 690 (NP 405). *ESEL – Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas*, 1-44;

- Grossbach, I., Chlan, L., & Tracy, M. (2011). Overview of mechanical ventilator support and management of patient- and ventilator-related responses. *Critical Care Nurse*, 31(3), 30–44. <https://doi.org/10.4037/ccn2011595>
- Grupo Português de Triagem. (2017). Sistema de Triagem de Manchester. Acedido 5-10-2017. Disponível em: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)
- Grupo de Trabalho de Trauma. (2009). Normas de boa prática em trauma. Ordem dos Médicos.
- Herdman, T. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014*. Chichester, U.K ; Ames, Iowa : Wiley-Blackwell, 1-533;
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar é complexo - cuidar no hospital.pdf. In *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva do Cuidar* (p. 31–37).
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Lusodidacta.
- Hill, L. (2013). Caring and technology Author's Bio. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*, 17(2005), 2005–2008.
- Holleran, R. (2002). Challenges in Transport Nursing. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5(1), 7–11.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6a ed.). Loures: Lusociência.
- Intensive Care Society. (2008). The Intensive Care Society A Guide for Critical Care Settings Standards for the Management of Patients After Cardiac Arrest.
- Kérrouac, S. et al (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.
- Kuliukas, L., King, S., Ford, J., Education, P. M., Edward, K., & Hospital, M. (2009). Just IN TIME : a multidisciplinary small group learning experience. *The Clinical Teacher*, 6, 272–276. doi:10.1111/j.1743-498X.2009.00315.x
- Lavine, S.; Cockrof, K.; Bambakidis, N. (2016). *Training guidelines for endovascular stroke intervention: an international multi-society consensus document*. DOI 10.1007/s00234-016-1667-0

- Leininger M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs.* 13(3):189-192.
- Locsin, R. C. (2001). Rozzano Locsin's Technological Competency as Caring in Nursing. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (4th ed., pp. 449 – 460). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Locsin, R. C. (2005). *Technological competency as caring in nursing: A model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Jornal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006), Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência
- Martins, S. (2006). Protocolo de Atendimento do AVC isquémico Agudo. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*. 7, p. 1-5
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (A. I. Meleis, Ed.) New York. New York: Springer Publishing Company. [http://doi.org/10.1300/J018v25n03\\_05](http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05)
- Menoita, E.; Sousa, L.; Alvo, I. e Vieira, C. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 18, 27–36. doi:10.1054/iccn.2002.1611
- Ministério da Saúde. Procede à publicação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Pub. L. No. Despacho no 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro de 2015 (2015). Portugal: Diário da República. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>

- Nunes, F. (2007). Tomada de Decisão em Enfermagem em Emergência. *Nursing*. 219. p.43-49
- Ordem dos Enfermeiros (1998) *REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril);
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Código Deontológico. *Lei N.º 111/2009 de 16 de Setembro*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 1-8;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ponce, P. (2002). Cuidados intensivos. O paradigma da nova medicina tecnológica. *Análise Social.*, XXXVIII: 166, 139-153;
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República, 2ª série* - N.º 48 (10 - 3-2015) 5948-5952.
- Rogers, A. C., & Bn, R. N. (1997). Vulnerability , health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(Aday 1993), 65–72.
- Roosmalen, M. van. (2010). *ICU Environment Desing TU/e, Arup and UMCG: Improved ICU Design*. Eindhoven University of Technology.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Lisboa: Climepsi Editores.
- Roux, P.; Menon, D.; Citerio, G. (2014). Consensus Summary Statement of the International Multidisciplinary Consensus Conference on Multimodality Monitoring in Neurocritical Care - A statement for healthcare professionals from



the Neurocritical Care Society and the European Society of Intensive Care Medicine. *Neurocritical Care Society*. DOI 10.1007/s12028-014-0041-5

Sá, M. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto*. 6. p. 12-19

Santos, J.; Garlet, E.; Lima, M.. 2010. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. *Revista Gaúcha Enfermagem*., 30(3). p. 525-532.

Silva, G; Gomes, D.; Massare, A. (2005) Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral Isquémico. *Revista Neurociências*. 13 (1), p. 39-48

Soares-Oliveira, M., & Araújo, F. (2014). Implementação de um sistema regional de resposta emergente ao acidente vascular cerebral: primeiros resultados. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(6), 329–335.  
<http://doi.org/10.1016/j.repc.2013.11.004>

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2011). *Factores de Risco para o AVC*. Acedido 06/02/2018. Disponível em:  
<http://static.livengine.net/spavc2013/lmgs/pages/publicacoes/FRV%20AVC%20Jan%202011.pdf>

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2011). *Guia das Unidades de AVC*.

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). *O Essencial sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Guia Prático para a Poupulação*. Acedido 06/02/2018. Disponível em:  
[http://static.livengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICO/GUIA%20AVC%20POPULACAO\\_final.pdf](http://static.livengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICO/GUIA%20AVC%20POPULACAO_final.pdf)

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2017). *ESOC 2017: Novidades Apresentadas Podem Mudar a Prática Clínica do AVC*. Acedido 06/02/2018. Disponível em:  
[http://static.livengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/STROKE\\_9.pdf](http://static.livengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/STROKE_9.pdf)

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Acedido 10-10-2016. Disponível em:

<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=109a0ca3bc27f3e96597370d5c8cf03d&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/Relatorio\\_Final\\_GAD.pdf](http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf)

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5a ed.). Lusodidacta:

Yoo, J.; Kim, Y. (2017). Predictive value of thrombus volume for recanalization stent retriever thrombectomy. *Scientific Reports*, 7.

## **APÊNDICES**



## **Apêndice I - Protocolo de Pesquisa da Revisão Integrativa da Literatura (RIL)**



## REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No desenvolvimento do projeto surgiu a realização de uma RIL, sendo que esta “inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos” (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008, p.759).

### ✓ **Título da Revisão/Pesquisa**

Cuidados de enfermagem que promovem uma melhoria do *outcome* nas pessoas vítimas de AVC, após intervenção terapêutica definitiva.

### ✓ **Questão PICO**

“Quais os cuidados [de enfermagem] que contribuem para melhorar o *outcome* das pessoas vítimas de AVC, após a intervenção terapêutica definitiva?”

### ✓ **Objetivo**

Identificar os cuidados [de enfermagem] que promovem uma melhoria do *outcome* da pessoa vítima de AVC após a realização de tratamento.

### ✓ **Conceptualização**

A pesquisa realizada foi enquadrada na conceptualização do projeto cujo título é: **A Continuidade de Cuidados à PSC vítima de AVC - Intervenção Especializada de Enfermagem**, sendo que a mesma pretende dar resposta ao item da percepção do problema, nomeadamente a necessidade de realizar uma revisão bibliográfica para conhecer as intervenções com evidência científica de sucesso.

### ✓ **Palavras-Chave – Descritores**

Foram utilizadas inúmeros descritores nas diferentes bases de dados, sendo que os mesmos foram, posteriormente, indexados.

- Stroke\*
- Secondary brain injurie\*

- Advanced Nursing Practice\*
- Nursing Interventions\*
- Critical Care Nursing\*
- Intensive Care Unit\*
- Emergency Department\*
- Nursing outcome\*
- Continuity of care\*
- Ischemic reperfusion injurie\*
- Brain ischemia\*

#### ✓ **Crêterios de Inclusão**

- ***Tipos de participantes***

Pessoa com mais de 19 anos inclusive, pretendendo-se estudos que incidam sobre adulto jovem, adulto e idoso vítima de AVC.

- ***Tipos de intervenção/fen menos de interesse***

Intervenções de enfermagem que permitam uma melhoria do *outcome* das pessoas vítimas de AVC e, conseqüentemente, uma melhoria dos cuidados prestados.

- ***Tipos de estudo***

Pretende-se recorrer a estudos qualitativos e quantitativos.

Estudos com horizonte temporal de 6 anos (2010-2016).

#### ✓ **Crêterios de Exclusão**

- ***Tipos de participantes***

Pessoas com idade inferior a 19 anos.

- ***Tipos de intervenção/fen menos de interesse/ Tipos de resultados***

Intervenções de enfermagem que não permitam uma melhoria do *outcome*



das pessoas vítimas de AVC.

### ✓ **Estratégia de Pesquisa**

A pesquisa em bases de dados científicas deve contemplar um protocolo de pesquisa com objetivo de incluir os estudos com a melhor evidência científica, ao nível da relevância e qualidade.

Neste sentido, a pesquisa foi realizada através da EBSCO nas bases de dados: CHINAL *with full text*, COCHRANE *Sistemac Review* e MEDLINE.

Na pesquisa, a colocação dos descritores individualmente produz resultados e quando combinados com a expressão *AND* produzem resultados nas diferentes bases de dados. Num horizonte temporal de 6 anos (2010-2016), foram identificados nestas três bases de dados um total de 346 artigos, sendo importante referir que na pesquisa da COCHRANE *Sistemac Review* não obtive nenhum resultado. Após a leitura do título fiquei com um total de 17 artigos e após a leitura do resumo apenas com 2 artigos que dão resposta ao objetivo definido.

Seguidamente, será elaborado um fluxograma, baseado no PRISMA 2009, que permite uma visualização sistemática da pesquisa efetuada.



## **Apêndice II - Cronograma Ensino Clínico do 3º Semestre**







### **Apêndice III - Objetivos, Atividades e Indicadores de Resultado – SU**





OJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	INDICADORES DE RESULTADO
✓ Prestar cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica no SU.	<p><b>Integração no contexto de SU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da dinâmica, processo e normas de admissão do doente em situação crítica, no contexto de SU;</li> <li>- Conhecimento da articulação do SU com os restantes serviços do Centro Hospitalar, com hospitais da área de referência e com o CODU.</li> <li>- Identificação do percurso da PSC no SU;</li> <li>- Conhecimento do procedimento de alta, transferência, referência e articulação com outros serviços;</li> <li>- Promoção de um relacionamento interpessoal com os elementos da equipa interdisciplinar que permita a ajuda e disponibilidade para o trabalho de equipa,</li> <li>- Prestar cuidados humanizados, que permitam minimizar o impacto da admissão da pessoa e sua família no SU;</li> <li>- Conhecimento sobre o sistema de registo do processo da pessoa, assim como do sistema de terapêutica implementados;</li> </ul> <p><b>Intervenções de enfermagem especializada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades da PSC vítima de AVC que recorre ao SU;</li> <li>- Aquisição de destreza na realização de técnicas e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de uma relação terapêutica/empática;</li> <li>- Realizar registos de forma autónoma;</li> <li>- Prestação de cuidados à PSC vítima de</li> </ul>

procedimentos à PSC.

AVC;

- Utilização da RIL como recurso para aprofundar conhecimentos acerca da temática nos respetivos contextos;
- Integração nos projetos e atividades desenvolvidos pelas equipas;
- Diagnóstico das necessidades de formação no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, evidenciadas pela equipa;
- Planeamento de sessões teóricas e teórico-práticas de formação, acerca da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, tendo em conta as necessidades identificadas pela equipa, desenvolvendo de uma forma mais aprofundada a temática do AVC;
- Reflexão acerca dos resultados da evidência científica, através da divulgação dos mesmos em sessões de formação à equipa de enfermagem;
- Reflexão e análise crítica acerca do processo de aprendizagem;
- Reunião com a Enfermeira orientadora, de forma a partilhar experiências, bem como analisar o percurso efetuado.

- Planeamento e execução dos cuidados prestados à PSC contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Sessão de formação/sensibilização pertinentes para o serviço;
- Elaboração de jornais de aprendizagem;
- Elaboração de um estudo de caso.

✓ **Aperfeiçoar competências** - Prestação de cuidados de enfermagem especializada, à - Acolhimento/admissão de pessoas que

<p><b>de enfermagem especializada na melhoria do outcome neurológico da PSC vítima de AVC.</b></p>	<p>PSC vítima de AVC previamente à intervenção terapêutica definitiva, em situação complexa e de risco;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar os cuidados de enfermagem especializada, prestados à PSC vítima de AVC, em situação complexa e de risco, posteriormente à intervenção terapêutica definitiva;</li> <li>- Conhecer o percurso efetuado pelo pessoa, no que diz respeito ao transporte intra-hospitalar;</li> <li>- Conhecer os sinais de alerta, para detetar alteração do estado neurológico da pessoa vítima de AVC previamente ao tratamento definitivo;</li> <li>- Conhecer as implicações neurológicas, hemodinâmicas, metabólicas e fisiológicas decorrentes do tratamento definitivo;</li> <li>- Estar desperta para possíveis complicações, pós tratamento;</li> <li>- Prestar cuidados de enfermagem especializada, na prevenção de lesões cerebrais secundárias, na PSC vítima de AVC;</li> <li>- Conhecer/implementar protocolos de atuação;</li> <li>- Conhecer os procedimentos a adotar em situação de emergência, relacionada com o PSC vítima de AVC;</li> <li>- Estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa,</li> </ul>	<p>venham referenciados pela via Verde AVC, que necessitem de realizar tratamento (trombólise);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados de enfermagem às pessoas submetidas a trombólise;</li> <li>- Participar na decisão e efetivação de transporte para a realização de tratamento ou exames complementares de diagnóstico.</li> <li>- Promover uma continuidade de cuidados, com enfoque no outcome neurológico;</li> <li>- Utilização das diferentes escalas implementadas no serviço para avaliar o estado neurológico da pessoa,</li> <li>- Atuar de acordo com os protocolos vigentes no serviço;</li> </ul>
--	---	--

utilizando comunicação adaptada à complexidade da sua situação clínica;

- Antecipação das necessidades da pessoa, garantindo uma intervenção priorizada, de acordo com as suas necessidades;

- Prestação de cuidados globais e diferenciados em situações complexas/de risco da PSC vítima de AVC;

- Sustentar as intervenções de enfermagem na evidência científica e numa prática reflexiva.

- Promoção de uma relação terapêutica/empática;

- Realização de um estudo de caso e de jornais de aprendizagem.

#### **Apêndice IV - Objetivos, Atividades e Indicadores de Resultado - UCI**



OJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	INDICADORES DE RESULTADO
✓ Prestar cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica na UCI.	<p><b>Integração no contexto de UCI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da dinâmica, processo e normas de admissão da PSC na UCI;</li> <li>- Conhecimento da articulação da UCI, com os restantes serviços do Centro Hospitalar;</li> <li>- Identificação do percurso da PSC até à chegada à UCI;</li> <li>- Conhecimento do procedimento, de alta, transferência, referenciação e articulação com outros serviços;</li> <li>- Promoção de uma relação interpessoal com os elementos da equipa interdisciplinar, permitindo o trabalho em equipa;</li> <li>- Prestar cuidados humanizados, que permitam minimizar o impacto da admissão do doente e sua família na UCI;</li> <li>- Conhecimento sobre o sistema de registo do processo da PSC, assim como do sistema de terapêutica implementada;</li> </ul> <p><b>Intervenções de Enfermagem Especializada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades da pessoa em situação crítica, admitida na UCI, vítima de AVC;</li> <li>- Utilização da RIL como instrumento para aprofundar conhecimentos sobre a temática no respetivo contexto;</li> <li>- Integração nos projetos e atividades desenvolvidos pelas equipas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Admissão de pelo menos 3 pessoas vítimas de AVC;</li> <li>-Utilização do sistema de registo de forma autónoma;</li> <li>- Planeamento e execução dos cuidados prestados, contribuindo para a melhoria a excelência dos mesmos;</li> <li>- Participação nas sessões de formação ministradas pelos profissionais da UCI;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico das necessidades de formação no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, evidenciadas pela equipa;</li> <li>- Planeamento de sessões teóricas e teórico-práticas de formação, sobre prestação de cuidados de enfermagem à PSC, nas valências detetadas como menos desenvolvidas e mais especificamente na pessoa vítima de AVC;</li> <li>- Divulgação dos resultados da prática baseada na evidência em sessões de formação aos enfermeiros;</li> <li>- Reflexão e análise crítica do processo de aprendizagem;</li> <li>- Reunião com a Enfermeira orientadora para análise do percurso de aprendizagem e partilha de ideias/conhecimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessão de formação/sensibilização sobre a temática identificada como pertinente;</li> <li>- Elaboração de jornais de aprendizagem;</li> <li>- Elaboração de um estudo de caso</li> </ul>
<p>✓ <b>Aperfeiçoar competências de enfermagem especializada na melhoria do outcome neurológico da PSC vítima de AVC.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização da RIL, como instrumento de suporte na área da PSC, mais especificamente, na pessoa vítima de AVC;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem especializada, particularmente na PSC vítima de AVC previamente à intervenção terapêutica definitiva, em situação complexa e de risco;</li> <li>- Conhecimento dos sinais de alerta, para detetar alteração do estado neurológico da PSC vítima de AVC, previamente ao tratamento definitivo;</li> <li>- Melhorar os cuidados de enfermagem especializada,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados pelo menos a 3 pessoas vítimas de AVC;</li> </ul>



prestados à pessoa vítima de AVC, em situação complexa e de risco, posteriormente à intervenção terapêutica definitiva;

- Conhecimento das implicações neurológicas, hemodinâmicas, metabólicas e fisiológicas decorrentes do tratamento definitivo (trombólise);

- Identificação de possíveis complicações, pós tratamento;

- Conhecimento das especificidades do transporte da PSC vítima de AVC, intra - hospitalar;

- Aperfeiçoar as intervenções de enfermagem especializada, no transporte da PSC vítima de AVC;

- Transporte de PSC, com diagnóstico de AVC, para a realização de exames complementares de diagnóstico;

- Prestação cuidados de enfermagem especializada, na prevenção de lesões cerebrais secundárias;

- Conhecimento dos procedimentos a adotar em situação de emergência, relacionada com a PSC vítima de AVC;

- Estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa, utilizando comunicação adaptada à complexidade da sua situação clínica;

- Antecipação das necessidades da pessoa, garantindo uma intervenção com prioridades adequadas;

- Implementação de medidas de prevenção e controlo da

- Atuação, segundo normas e procedimentos vigentes no serviço, no transporte intra- hospitalar;

- Participação na tomada de decisão em equipa multidisciplinar, relativamente ao transporte da PSC, intra - hospitalar;

- Promoção da relação terapêutica/empática;

infecção;

- Implementar medidas de promoção de conforto e controlo da dor;

- Prestação de cuidados globais e diferenciados em situações complexas/de risco à PSC vítima de AVC;

- Suporte das intervenções de enfermagem na evidência científica e numa prática reflexiva;

- Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem;

- Reunião com a enfermeira orientadora, para reflexão e análise do percurso formativo.

- Construção de um protocolo de atuação, pertinente para o serviço;

- Construção de um folheto/poster relativamente ao tema específico;

- Realização de um Estudo de Caso.

**Apêndice V - Objetivos, Atividades e Indicadores de Resultado para o EC –  
UCV**



OJETIVO ESPECÍFICO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	INDICADORES DE RESULTADO
✓ Prestar cuidados de enfermagem especializada, à pessoa em situação crítica na UCV.	<p><b>Integração no contexto da Unidade de AVC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da dinâmica, processo e normas de admissão da pessoa na Unidade;</li> <li>- Conhecimento da articulação da Unidade com o SU;</li> <li>- Conhecimento do procedimento de alta, transferência, referenciação e articulação com outros serviços;</li> <li>- Promoção de um relacionamento interpessoal com os elementos da equipa interdisciplinar que permita a ajuda e disponibilidade para o trabalho de equipa, em contexto de urgência</li> <li>-Prestar cuidados humanizados, que permitam minimizar o impacto da admissão da pessoa;</li> <li>- Conhecimento sobre o sistema de registo do processo da pessoa, assim como do sistema de terapêutica.</li> </ul> <p><b>Intervenções de enfermagem especializada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das necessidades da PSC vítima de AVC;</li> <li>- Aquisição de destreza na realização de técnicas e procedimentos à PSC vítima de AVC;</li> <li>- Utilização da RIL como recurso para aprofundar conhecimentos acerca da temática nos respetivos contextos;</li> <li>- Integração nos projetos e atividades desenvolvidos pela</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados à PSC com AVC;</li> <li>- Conhecimento do protocolo de referenciação da pessoa vítima de AVC (Via Verde AVC);</li> <li>- Realizar registos de forma autónoma;</li> <li>- Planeamento e execução dos cuidados prestados à PSC contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados;</li> </ul>

equipa;

- Diagnóstico das necessidades de formação no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, evidenciadas pela equipa;

- Planeamento de sessões teóricas e teórico-práticas de formação, acerca da prestação de cuidados de enfermagem à PSC vítima de AVC, tendo em conta as necessidades identificadas pela equipa;

- Reflexão acerca dos resultados da evidência científica, através da divulgação dos mesmos em sessões de formação à equipa de enfermagem.

- Reflexão e análise crítica acerca do processo de aprendizagem;

- Reunião com a Enfermeira orientadora, de forma a partilhar experiências, bem como analisar o percurso efetuado.

- Sessão de formação/sensibilização pertinentes para o serviço;

- Elaboração de jornais de aprendizagem;

- Elaboração de um estudo de caso.

✓ **Aperfeiçoar competências de enfermagem especializada na melhoria do outcome neurológico dos doentes com AVC**

- Prestação de cuidados de enfermagem especializada, à PSC vítima de AVC previamente à intervenção terapêutica definitiva, em situação complexa e de risco;

- Melhorar os cuidados de enfermagem especializada, prestados à pessoa vítima de AVC, em situação complexa e de risco, posteriormente à intervenção terapêutica definitiva;

- Acolhimento/admissão de pessoas que venham referenciados pela via Verde AVC, que necessitem de realizar tratamento (trombólise);

- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa submetida a trombólise;

- Promover a continuidade de cuidados,

- Conhecer os sinais de alerta, para detetar alteração do estado neurológico da pessoa vítima de AVC após a realização do tratamento; previamente ao tratamento definitivo;
- Conhecer as implicações neurológicas, hemodinâmicas, metabólicas e fisiológicas decorrentes do tratamento definitivo;
- Atuar de acordo com escalas da função neurológica, existentes no serviço;
- Estar desperta para possíveis complicações, pós tratamento;
- Prestar cuidados de enfermagem especializada, na prevenção de lesões cerebrais secundárias;
- Conhecer/implementar protocolos de atuação;
- Conhecer os procedimentos a adotar em situação de emergência, relacionada com a PSC vítima de AVC;
- Estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa, utilizando comunicação adaptada à complexidade da sua situação clínica;
- Promoção de uma relação terapêutica/empática;
- Antecipação das necessidades da pessoa, garantindo uma intervenção priorizada, de acordo com as suas necessidades;
- Prestação de cuidados globais e diferenciados em situações complexas/de risco à pessoa vítima de AVC;
- Sustentar as intervenções de enfermagem na evidência científica e numa prática reflexiva.
- Elaboração de um protocolo, de acordo com as necessidades do serviço;





## **Apêndice VI - Sessão de Formação “Urgência-Emergência”**



# PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO FORMAÇÃO

**Local:** Sala de Formação do Serviço de Medicina IV do Hospital Distrital de Santarém;

**Grupo Destinatário:** Enfermeiros do Serviço de Medicina IV- Homens do Hospital Distrital de Santarém (até 10 pessoas por sessão);

**Formador:** Sofia Marques (Estudante do 6º CMEPSC da ESEL);

**Tema:** Urgência – Emergência;

**Data:** 13 e 20 de Janeiro de 2017 (das 14h30' às 15h45');

**Duração:** 45 minutos.

**Objectivo Geral:** Apresentar os principais pressupostos de forma a intervir numa situação de Urgência – Emergência.

## Objectivos Específicos:

- Descrever os aspetos mais importantes a ter em conta quando há necessidade de utilizar o carro de emergência;
- Descrever a disposição do carro de emergência;
- Descrever o modo de funcionamento do monitor desfibrilhador;
- Demonstrar como desfibrilhar em segurança;
- Descrever o Algoritmo da PCR;
- Reconhecer os ritmos cardíacos;
- Descrever os cuidados pós-reanimação.

## Recursos Pedagógicos:

- 1 Computador;
- 1 Programa informático *PowerPoint*;
- 1 Apresentação em *PowerPoint*;
- 1 Televisor LCD com entrada HDMI;

- 1 Carro de Emergência;
- 1 Monitor Desfibrilhador;
- 10 Folhas de Avaliação da Formação.

**Conteúdos Programáticos:**

- Carro de Emergência:
  - ✓ Forma como é constituído;
- Monitor Desfibrilhador:
  - ✓ Modo de funcionamento;
  - ✓ Medidas de segurança aquando a desfibrilhação;
- Algoritmo PCR:
  - ✓ Abordagem ABCD;
  - ✓ Ritmos cardíacos desfibrilháveis/não desfibrilháveis;
- Cuidados Pós- Reanimação:
  - ✓ Intervenção de Enfermagem;
  - ✓ Transferência para a Sala de Reanimação.

**Metodologia:** Método ativo, expositivo e demonstrativo.

**Avaliação:** Formativa (através da discussão das temáticas).

CONTEÚDO	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO
<b>INTRODUÇÃO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação;</li> <li>• Apresentação dos objetivos geral e específicos.</li> </ul>	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador;</li> <li>• Apresentação e Programa Informático <i>PowerPoint</i>;</li> <li>• Televisor LCD com entrada HDMI.</li> </ul>	5'
<b>DESENVOLVIMENTO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carro de Emergência: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Forma como é constituído;</li> </ul> </li> <li>• Monitor Desfibrilhador: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modo de funcionamento;</li> <li>✓ Medidas de segurança aquando a desfibrilhação;</li> </ul> </li> <li>• Algoritmo PCR: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Abordagem ABCD;</li> <li>✓ Ritmos cardíacos desfibrilháveis/não desfibrilháveis;</li> </ul> </li> <li>• Cuidados Pós- Reanimação: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intervenção de Enfermagem;</li> <li>✓ Transferência para a Sala de Reanimação.</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador;</li> <li>• Apresentação e Programa Informático <i>PowerPoint</i>;</li> <li>• Televisor LCD com entrada HDMI;</li> <li>• Carro de Emergência;</li> <li>• Monitor Desfibrilhador.</li> </ul>	30'
<b>CONCLUSÃO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>• Síntese da formação.</li> </ul>	Ativo Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador;</li> <li>• Apresentação e Programa Informático <i>PowerPoint</i>;</li> <li>• Televisor LCD com entrada</li> </ul>	10'

		HDMI; <ul style="list-style-type: none"><li>• Folha de Avaliação da Formação</li></ul>	
--	--	--	--

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

*“Urgência – Emergência”*

<b>Avaliação da Formação</b>	<b>1-5</b>
Interesse do tema	
Utilidade da temática para a prática diária dos cuidados	
Contributo para o seu desenvolvimento profissional	
Adequação das temáticas aos objetivos definidos	
Capacidade de comunicação e transmissão dos conhecimentos	
Capacidade de responder às questões colocadas	

Obrigada,

Sofia Marques

Estudante CMPSC da ESEL





**Apêndice VII - Instrução de Trabalho para Teste semanal do Monitor**  
**Desfibrilhador *Lifepack 9***



	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>		Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>		Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)	
	Título: Teste semanal do Monitor Desfibrilhador				Código Emissor	N.º
	Emissor: xxxxxxxx					0000
					Versão	00

## 1. Objetivo

Garantir a operacionalidade do monitor desfibrilhador da Medicina IV- Homens.

## 2. Âmbito

Enfermeiros xxxxxxxx

## 3. Definições e Siglas

O teste do monitor desfibrilhador consiste na realização de uma desfibrilhação a 200 joules, sendo que o cabo de energia deve encontrar-se acoplado às pás de desfibrilhação manuais.

## 4. Descrição

### 4.1 Frequência e Responsabilidade pela realização:

A verificação/manutenção do monitor desfibrilhador deve ser realizada semanalmente, à Segunda-feira, no turno da noite, devendo ser preenchido o Anexo I. A responsabilidade da correta verificação é do enfermeiro responsável de turno, que poderá delegar noutro enfermeiro a execução do teste.

### 4.2 Sequência do Procedimento para testar o monitor desfibrilhador:

- ✓ Assegure que as pás de desfibrilhação manuais estão corretamente colocadas nos suportes do monitor desfibrilhador;
- ✓ Coloque o cabo de energia do monitor desfibrilhador nas pás de desfibrilhação manuais;
- ✓ Ligue o botão de corrente **ON**;

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 2
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Teste semanal do Monitor Desfibrilhador		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: xxxxxxxx			0000	00

- ✓ Selecione a energia do desfibrilhador através do botão **ENERGIE SELECT** a 200 J;
- ✓ Prima o botão **CHARGE** no painel do monitor ou nas pás de desfibrilhação manuais;
- ✓ Aparecerá uma mensagem no canto inferior direito enquanto o desfibrilhador carrega a energia seleccionada “ **200 JOULES CHARGING**”;
- ✓ Aguarde pela mensagem “ **JOULES AVAILABLE**” e prima **simultaneamente** nos **DISCHARGE BUTTONS**, que se encontram nas pás de desfibrilhação manuais;
- ✓ Retire a tira de ritmo, sendo que a mesma sairá de forma automática.

#### 4.3. Registo de Realização de Teste de Monitor Desfibrilhador

Deve colocar a data e assinar na respetiva tira de ritmo e proceder ao registo do teste e de manutenção/operacionalidade do monitor desfibrilhar no Anexo I – Folha de Registo de Verificação do Monitor Desfibrilhador.

#### 5. Documentos Relacionados

Anexo I – Folha de Registo de Verificação do Monitor Desfibrilhador.

#### 6. Referências de Suporte

Lifepack 9P defibrillator/monitor/pacemaker Operating Instructions.

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	2 de 2
	Assinatura		Assinatura		





## **Apêndice VIII - Protocolo de Atuação Via Verde AVC na UCIP**





	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Intervenção de Enfermagem na Via Verde AVC		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		UCIP/UAD	0000	00

### 1. Objetivo

Sistematizar a intervenção do enfermeiro nos cuidados prestados à pessoa que vivencia um AVC, no âmbito da Via Verde AVC.

### 2. Âmbito

Enfermeiros UCIP/UAD.

### 3. Definições e Siglas

A Via Verde AVC é uma estratégia que tem como objetivo maior a avaliação e intervenção ao doente que se encontra na fase aguda do AVC, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro do tempo de janela terapêutica eficaz.

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CVC - Cateter Venoso Central

EV - Endovenoso

LA - Linha Arterial

mmHg – Milímetros de Mercúrio

rtPA - Ativador do Plasminogénio Tecidular Recombinante

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Cranioencefálica

TAD – Tensão Arterial Diastólica

TAS – Tensão Arterial Sistólica

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UAD - Unidade de Alta Dependência

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 1
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Intervenção de Enfermagem na Via Verde AVC		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		UCIP/UAD	0000	00

#### 4. Sequência Lógica do Procedimento:

4.1 Aquando a admissão do doente na UCIP/UAD, o enfermeiro deve realizar uma avaliação imediata de acordo com uma abordagem sistematizada ABCDE:

- Avaliar a permeabilidade da via aérea;
- Otimizar monitorização cardíaca;
- Avaliar sinais vitais: TA; FC; SpO<sub>2</sub>; bem como avaliar ritmo cardíaco;
- Canalizar 2 acessos venosos periféricos, com cateter de calibre não superior a 18G;
- Efetuar colheita de sangue para 3 tubos (hemograma, bioquímica e coagulação);
- Avaliar glicémia capilar (50-400mg/dl);
- Avaliar estado neurológico do doente, através da utilização da Escala de Coma de Glasgow (Anexo I) e avaliação das pupilas (diâmetro de reatividade à luz);
- Manter a cabeceira da cama a 30º de forma a promover o retorno venoso.

4.2 Avaliação Inicial junto do doente ou do familiar/pessoa significativa:

- Recolha de dados relativamente ao tempo de início de sintomas;
- Realização de diagnóstico diferenciado junto do doente/família através da nomenclatura CHAMU:
  - Circunstâncias – há quanto tempo iniciou o quadro e quais os sintomas associados ao mesmo;
  - História – Antecedentes pessoais e o grau de dependência do doente; dados essenciais para definir os critérios de inclusão e exclusão para a realização da trombólise (Anexo II);

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 5
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Intervenção de Enfermagem na Via Verde AVC		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		UCIP/UAD	0000	00

- Medicação Habitual – terapêutica do domicílio, tendo especial atenção aos anticoagulantes (ex: Varfine® e Sintrom®);

- Última refeição.

#### 4.3 Intervenção de Enfermagem no transporte intra-hospitalar:

- Preparação do doente para a realização de TAC CE;
- Otimizar material para realizar transporte intra-hospitalar (monitor e mala de transporte; oxigenoterapia, se necessário;
- Acompanhamento do doente durante a realização do exame;
- Monitorização e vigilância dos sinais vitais durante a realização do exame.

#### 4.4 Realização/Colaboração nas modalidades terapêuticas (procedimentos invasivos):

- Realização da técnica de algaliação e entubação nasogástrica, se necessário;
- Preparação de material para eventual colocação de CVC e/ou LA.

#### 4.5 Cuidados de Enfermagem para a administração de rtPA (Alteplase®):

- Forma de preparação: cada embalagem de Alteplase é constituído por um frasco com pó e um frasco com solvente (água para preparação de injetáveis), pelo que o solvente deve ser adicionado ao pó para que se possa formar a solução pronta a administrar;
- Não devem ser administrados outros fármacos no mesmo acesso venoso periférico;
- Forma de administração:
  - A dosagem administrada é prescrita pelo médico, de acordo com o peso do doente - 0,9 mg/Kg (máximo de 90mg) (Anexo III);
  - Administrar 1º bólus EV de 10% da dose total, durante 1 minuto;
  - Administrar a dose restante em perfusão contínua, durante 59 minutos.

#### 4.6 Cuidados de Enfermagem durante a administração de rtPA

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 5
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Intervenção de Enfermagem na Via Verde AVC		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		UCIP/UAD	0000	00

- Colocar a braçadeira de avaliação da tensão arterial no membro oposto à perfusão de rtPA;
- Promover uma monitorização e vigilância rigorosa dos sinais vitais e do estado neurológico do doente durante a administração do fármaco, registando os mesmos de 15 em 15 minutos;
- Se doente apresentar hemorragia local, realizar compressão e aplicação de frio, não sendo necessário suspender a perfusão;
- Se hemorragia sistémica, deve ser suspensa a perfusão e avisado o médico de imediato;
- Parar a perfusão se o doente apresentar cefaleia grave, náuseas ou vômito; depressão do estado de consciência ou valores de TAS > 185mmHg e TAD > 105mmHg, sendo que o médico deve ser informado, uma vez que deverá ser realizada nova TAC CE.

#### 4.7 Cuidados de Enfermagem após a administração de rtPA:

- Após o término da perfusão, a seringa infusora deve ser substituída por uma seringa com soro fisiológico (ao mesmo ritmo) para que o fármaco que se encontra no prolongamento também seja administrado;
- Manter a monitorização e vigilância de sinais vitais e estado neurológico do doente de 30 em 30 minutos nas primeiras 6 horas e de hora a hora nas 24 horas seguintes;
- Se cateter venoso periférico não se encontrar permeável ou apresentar sinais inflamatórios, deve ser retirado, sendo necessário realizar hemostase e colocar penso compressivo, por forma a evitar a hemorragia;
- Estar atento a possíveis complicações que poderão surgir após a administração do fármaco, nomeadamente: convulsão, reação anafiláctica, náuseas, vômitos e hipotensão;

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 5
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Intervenção de Enfermagem na Via Verde AVC		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		UCIP/UAD	0000	00

- Não administrar anticoagulantes nas primeiras 24 horas.

4.8 Intervenção de Enfermagem no doente com AVC, de forma a promover uma perfusão cerebral adequada e melhorar o outcome neurológico:

- Avaliação do estado neurológico do doente;
- Avaliação das pupilas;
- Promoção de uma oxigenação adequada;
- Monitorização hemodinâmica;
- Avaliação da glicémica capilar;
- Controle da temperatura;
- Controle da dor;
- Elevação da cabeceira da cama a 30º;
- Redução dos estímulos externos, de forma a diminuir a atividade cerebral;

## 5 Referências de suporte

- American Heart Association (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke;
- European Stroke Organization (2008). Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack 2008.

## Anexos

**Anexo I:** Escala de Coma de Glasgow

**Anexo II:** Critérios de Inclusão e Exclusão para a administração de rtPA

**Anexo III:** Dosagem de rtPA

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 5
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Intervenção de Enfermagem na Via Verde AVC		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		UCIP/UAD	0000	00

**Anexo I:** Escala de Coma de Glasgow.

Parâmetros	Resposta observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Estímulo verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 6
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Intervenção de Enfermagem na Via Verde AVC		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		UCIP/UAD	0000	00

**Anexo II:** Critérios de Inclusão e Exclusão para a administração de rtPA.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Idade entre os 18 e os 80 anos;</li> <li>✓ ≤ 4,5 horas do início dos sintomas;</li> <li>✓ TAC CE sem hemorragia;</li> <li>✓ TA ≤ 185/110 mmHg;</li> <li>✓ Ausência de melhoria rápida dos sinais focais ou AVC minor;</li> <li>✓ Ausência de sintomas sugestivos de Hemorragia Subaracnoideia;</li> <li>✓ Ausência de convulsões na instalação do AVC;</li> <li>✓ Ausência de AVC/TCE &lt; 3 meses;</li> <li>✓ Ausência de cirurgia &lt; 14 dias;</li> <li>✓ Ausência de hemorragia gastrointestinal ou urinária;</li> <li>✓ Ausência de punções arteriais em local não susceptível a compressão &lt; 7 dias;</li> <li>✓ INR &lt; 1,7;</li> <li>✓ APTT normal se recebeu heparina &lt; 48 horas;</li> <li>✓ Plaquetas ≥ 100000/mm<sup>3</sup>;</li> <li>✓ Valores de glicémia capilar- 50 - 400mg/dl.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diátese hemorrágica conhecida;</li> <li>✓ Anticoagulantes orais;</li> <li>✓ Lesão SNC (neoplasia, aneurisma, cirurgia, MAV);</li> <li>✓ Retinopatia hemorrágica;</li> <li>✓ Punção recente de um vaso sanguíneo não compreensível (ex: punção da veia subclávica ou jugular);</li> <li>✓ Endocardite, pericardite;</li> <li>✓ Massagem cardíaca &lt; 10 dias;</li> <li>✓ Pancreatite aguda;</li> <li>✓ Úlcera gastrointestinal &lt; 3 meses, varizes esofágicas ou aneurisma;</li> <li>✓ Neoplasia com risco aumentado de hemorragia;</li> <li>✓ Doença hepática grave.</li> </ul>

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 7
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução Trabalho - IT <input checked="" type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input checked="" type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento. N.º/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Intervenção de Enfermagem na Via Verde AVC		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		UCIP/UAD	0000	00

**Anexo III: Dosagem de rtPA**

Peso Kg	Dose mg=ml	Bólus mg=ml	Infusão mg=ml	Peso Kg	Dose mg=ml	Bólus mg=ml	Infusão mg=ml
40.9	36.8	3.7	33.1	70.9	63.8	6.4	57.4
41.8	37.6	3.8	33.8	71.8	64.6	6.5	58.1
42.7	38.4	3.8	34.6	72.7	65.4	6.5	58.9
43.6	39.2	3.9	35.3	73.6	66.2	6.6	59.6
44.6	40.1	4.0	36.1	74.6	67.1	6.7	60.4
45.5	41.0	4.1	36.9	75.5	68.0	6.8	61.2
46.4	41.8	4.2	37.6	76.4	68.8	6.9	61.9
47.3	42.6	4.3	38.3	77.3	69.6	7.0	62.6
48.2	43.4	4.3	39.1	78.2	70.4	7.0	63.4
49.1	44.2	4.4	39.8	79.1	71.2	7.1	64.1
50.0	45.0	4.5	40.5	80.0	72.0	7.2	64.8
50.9	45.8	4.6	41.2	80.9	72.8	7.3	65.5
51.8	46.6	4.7	41.9	81.8	73.6	7.4	66.2
52.7	47.4	4.7	42.7	82.7	74.4	7.4	67.0
53.6	48.2	4.8	43.4	83.6	75.2	7.5	67.7
54.6	49.1	4.9	44.2	84.6	76.1	7.6	68.5
55.5	50.0	5.0	45.0	85.5	77.0	7.7	69.3
56.4	50.8	5.1	45.7	86.4	77.8	7.8	70.0
57.3	51.6	5.2	46.4	87.3	78.6	7.9	70.7
58.2	52.4	5.2	47.2	88.2	79.4	7.9	71.5
59.1	53.2	5.3	47.9	89.1	80.2	8.0	72.2
60.0	54.0	5.4	48.6	90.0	81.0	8.1	72.9
60.9	54.8	5.5	49.3	90.9	81.8	8.2	73.6
61.8	55.6	5.6	50.0	91.8	82.6	8.3	74.3
62.7	56.4	5.6	50.8	92.7	83.4	8.3	75.1
63.6	57.2	5.7	51.5	93.6	84.2	8.4	75.8
64.6	58.1	5.8	52.3	94.6	85.1	8.5	76.6
65.5	59.0	5.9	53.1	95.5	86.0	8.6	77.4
66.4	59.8	6.0	53.8	96.4	86.8	8.7	78.1
67.3	60.6	6.1	54.5	97.3	87.6	8.8	78.8
68.2	61.4	6.1	55.3	98.2	88.4	8.8	79.6
69.1	62.2	6.2	56.0	99.1	89.2	8.9	80.3
70.0	63.0	6.3	56.7	100	90.0	9.0	81.0

Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
03/03/2017	Sofia Marques/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 7
	Assinatura		Assinatura		



## **Apêndice IX - Fluxograma de Atuação na Via Verde AVC**



American Heart Association (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke; European Stroke Organization (2008). Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack.



**Apêndice X - “Intervenção Especializada de Enfermagem ao doente que  
vivencia um AVC”**



## Intervenção Especializada de Enfermagem ao Doente que vivencia um AVC



Curso Mestrado em Enfermagem à  
Pessoa em Situação Crítica

S., Marques\*; S., Sobral\*; C., Durão\*\*

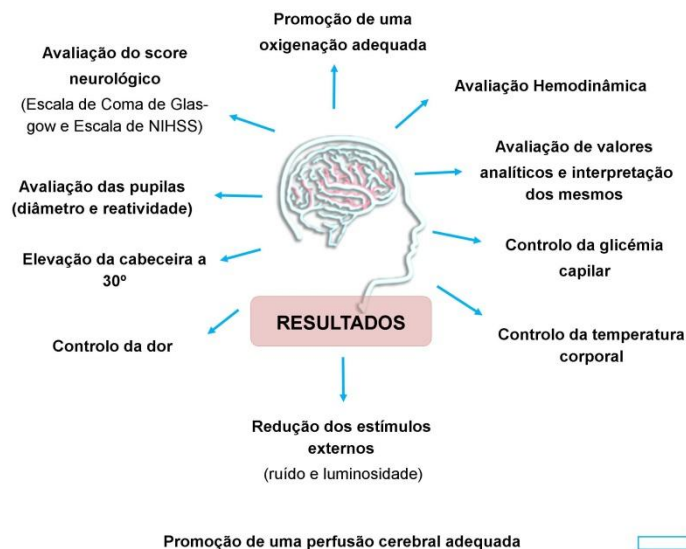
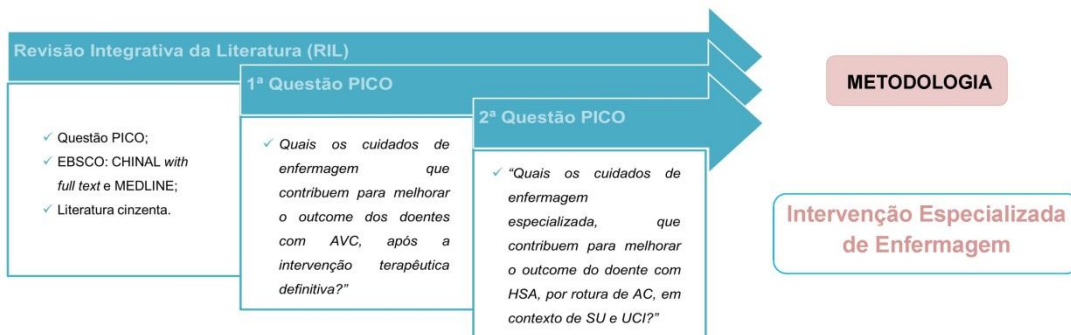
\*Enfermeira, Estudante do CMEPSC da ESEL \*\*Prof. Coordenadora da ESEL



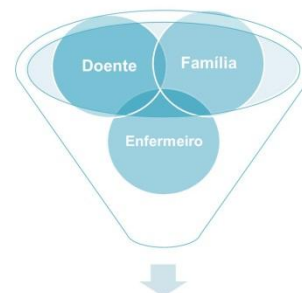
**INTRODUÇÃO:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é causado por perfusão inadequada de uma região do cérebro ou do tronco encefálico, podendo este ser: Isquémico ou Hemorrágico. De acordo com a casuística, 85% ocorrem por enfarte isquémico, sendo causado por uma diminuição do fluxo sanguíneo numa determinada zona cerebral, geralmente secundário à oclusão de uma artéria e 15 a 30% são hemorrágicos, ocorrendo por rotura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro, para o sistema ventricular e/ou espaço subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea - HSA). A HSA é provocada habitualmente pela rotura de um Aneurisma Cerebral (AC) ou de uma malformação arteriovenosa (MAV). A prática assente na melhor evidência concorre para os cuidados de excelência com impacto no outcome do doente.

**Palavras-chave:** AVC, Intervenções de Enfermagem, Outcome Neurológico

**OBJETIVO:** Identificar as intervenções de enfermagem comuns que permitem a melhoria do outcome neurológico do doente vítima de AVC.



**CONCLUSÃO:** A intervenção do enfermeiro é fundamental para o despiste de alterações neurológicas do doente que vivencia um AVC, melhorando o outcome (diminuição dos défices), podendo a mesma ser prestada em qualquer tipo de serviço, desde que exista uma vigilância dirigida às necessidades do doente.



**Melhoria do outcome neurológico**

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke; Capriotti, T. Murphy, T. (2016). Ischemic Stroke. *Home Healthcare Now*, p. 259-266;
- Connolly, E., et al. (2012). Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. 1-39. DOI: 10.1161/STR.0b013e3182587839;
- Davis, C. Lockhart, L. (2016). Update: Stroke. *Nursing Management*, p. 24-33;
- European Stroke Organization (2008). Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack 2008;
- Lamb, Catherine. (2014). Improving subarachnoid haemorrhage care. *Nursing Times*, 110 (46), 22-24;
- Nightingale, F. (2009). Notas Sobre Enfermagem. Lusocência. 17-186. ISBN: 972-8363-92-4;
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em Maio 6, de 2016 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituaçaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituaçaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf);
- Steiner, T. et al (2013) European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage. *Cerebrovascular Diseases*, DOI: 10.1159/000346087, 93-112;





**ANEXOS**



## **Anexo I - Escalas de Avaliação Neurológica**



### Escala de Coma de Glasgow

Parâmetros	Resposta observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Estímulo verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

## Escala de NIHSS

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	0 = Acordado; responde correctamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	_____
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia recebem 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde a ambas as questões correctamente. 1 = Responde a uma questão correctamente. 2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.	_____
1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	0 = Realiza ambas as tarefas correctamente. 1 = Realiza uma tarefa correctamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente.	_____
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado. 2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.	_____
3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	_____
4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial menor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).	_____
5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda: mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito	_____
6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda: mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade: a perna	_____

	<p>cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>5a. Membro Inferior Esquerdo</p> <p>5b. Membro Inferior Direito</p>	_____
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de defeito de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma exploração deve ser esnortada fundamentando esta escolha. No caso de oeguetra, pega para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em 2 membros.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p>	_____
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mimica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemisensitiva. Pontue com 2 se se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.</p> <p>1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	_____
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objectos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do</p>	_____
	<p>examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>	_____
<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p>NT = Entubado ou outra barreira física; explique: _____</p>	_____
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade.</p> <p>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>	_____





**Anexo II - Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV)**





Instituto Nacional de Emergência Médica  
Via Verde para a Vida

## Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Ana Sofia Fernandes Marques, nascido(a) a 17-05-1987, em S.Nicolau, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 13190243, concluiu com aproveitamento, em 18-06-2016, o Curso de Formação Profissional.

## Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 17-06-2016 a 18-06-2016, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.9 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 18-06-2016



Departamento de Formação  
em Emergência Médica



(Maria Fátima Lopes Cordeiro Rato)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/12798/36042/2016

Válido até Junho de 2021



**Anexo III - Certificado do Curso *Advanced Trauma Care for Nurses***





Continuing Education Certificate  
Society of Trauma Nurses

# Advanced Trauma Care for Nurses®

Student Course

CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL  
HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE XAVIER

LISBOA

15 a 17 de janeiro de 2016

ANA SOFIA FERNANDES MARQUES

Cândida Durão  
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing. Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.





**Anexo IV - Certificado NIHSS *Portuguese***





Certificado de Aproveitamento

**Sofia Marques**

Completo com sucesso

**02- NIHSS-Português Grupo A-V3 – 1ª Certificação**

on quarta-feira, 5 de Abril de 2017



Certificado de Aproveitamento

**Sofia Marques**

Completo com sucesso

**03- NIHSS-Português Grupo B-V3 – 2ª Certificação**

on quarta-feira, 5 de Abril de 2017



**Anexo V - Certificado do IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e  
Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto**



**IV** CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E  
UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

**XIV** CONGRESSO DO  
ARCO IBEROATLÂNTICO

**20 e 21 - FEVEREIRO - 2017**

**MATOSINHOS**



## Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a):

**Sofia Marques**

Esteve presente no **IV Congresso Internacional Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto**, realizado no(s) Cinemas NOS NorteShopping, no(s) dia(s) 20 e 21 de Fevereiro de 2017.

ASCI VERIFICATION CODE  
qrn7y6-vq-HKKE-2n46vpt2npl

Aníbal Marinho

Fernando Rue

Chaves Carmilho

José António Pinho





**Anexo VI - Certificado Póster “Intervenção Especializada de Enfermagem ao  
doente que vivencia um AVC”**



**IV** CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E  
UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

**XIV** CONGRESSO DO  
ARCO IBEROATLÂNTICO

**20 e 21 - FEVEREIRO - 2017**  
**MATOSINHOS**



## Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que os(as) Ex.mos(as) Senhores(as):

**Sofia Marques \* Susana Sobral**

Participaram em coautoria com a apresentação de POSTER no tema: **Intervenção especializada de enfermagem ao doente que vivencia um AVC** do IV Congresso Internacional Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto, realizado no(s) Cinemas NOS NorteShopping, no(s) dia(s) 20 e 21 de Fevereiro de 2017.

ASCI VERIFICATION CODE  
grsn/y6-vq-EMI-4r57z1

Anibal Marinho

Fernando Rue

Chaves Caminha

José António Pinho